Die Münchener Medicin. Wochenschrift erscheint wöchentlich in Nummern von mindestens 2 Bogen. Preis vierteljährig 5 ℳ, praenumerando zahlbar. Einzelne Nummer 60 ₰.

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction Karlstrasse 46. — Für Abonnement an J. F. Lehmann, Landwehrstr. 12. — Für Inserate und Beilagen an Rudolf Mosse, Promenadeplatz 16.

MÜNCHENER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

O. Bollinger, München. C. Gerhardt, Berlin. W. v. Heineke, Erlangen. G. Merkel, Nürnberg. J. Michel, Würzburg. H. v. Ranke, München. M. v. Schleiss, München. F. v. Winckel, München. H. v. Ziemssen, München.

№ 13. 28. März 1893. Redacteur: Dr. B. Spatz, Karlstrasse 46. Verlag: J. F. Lehmann, Landwehrstr. 12. 40. Jahrgang.

Originalien.

Aus dem pathologischen Institute zu München.

Beitrag zur Kenntniss der Taenia echinococcus.

Von Dr. *Arthur Müller*, Assistenzarzt der kgl. Universitäts-Frauenklinik zu München.

Nachdem im Jahre 1883 Klemm in seiner unter Leitung von Professor Bollinger verfassten Inaugural-Dissertation: „Zur Kenntniss des Echinococcus alveolaris der Leber“, München 1883, an den aus Echinococcus multilocularis mit gutem Erfolge gezüchteten Taenien eine auffallende Anhäufung der Eier in Form grosser Ballen bemerkt hatte, wurde, obgleich Klemm sich durch diesen Umstand zu der Annahme einer Artverschiedenheit der den Ech. hydatidosus und den Ech. multilocularis erzeugenden Taenien nicht veranlasst sah, die Möglichkeit einer solchen mehrfach erwogen.

Besonders trat für die Annahme verschiedener Arten von Taenien Dr. Vogler in Schaffhausen ein. Im Correspondenz-Blatte für Schweizer Aerzte, Jahrgang 1885, S. 191 u. S. 587 theilt dieser aufmerksame Beobachter mit, dass ihm bei seinen häufigen Untersuchungen des Echinococcus multilocularis die Form der Häkchen aufgefallen sei, welche von den von Leuckart und von Krabbe beschriebenen Formen auffallende und charakteristische Abweichungen zeigen. Er beschreibt dieselben, wie folgt:

I. Echinococcus hominis. Die Krallen sind meist stark und schön gekrümmt. Die Wurzel ist plump, ihr hinterer Fortsatz ergänzt sich allmählich in unregelmässigen Absätzen und endigt mit einfacher Abrundung. Die Krallen der kleinen Haken sind unansehnlich, die Wurzel besonders plump und relativ stark.

II. Die Haken des multiloculären Echinococcus sind im Verhältniss von fast 4 : 3 länger, die Krallen weniger stark gebogen. Die schlanken hinteren Wurzelfortsätze endigen mit knopfförmiger Anschwellung. Ungefähr in der Mitte der Convexität eines Hakens bemerkt man ein oder zwei Höckerchen, oder eine winklige Einbiegung. Die kleinen Häkchen haben nur die letztere, ihr hinterer Fortsatz ist mehr oder weniger stark gekrümmt. Die grössten Haken des Ech. multilocularis messen von der Krallenspitze bis zum Ende des hinteren Wurzelfortsatzes 35 μ. Constant ist die schwache Krümmung der Kralle, besonders bei den grossen Haken, sowie die bedeutende Länge und Schlankheit des hinteren Wurzelfortsatzes, der fast immer mit einer kleinen Anschwellung endigt.

In einer Privatmittheilung des genannten Autors an Prof. Bollinger in München ändert derselbe diese Angaben, in so fern er erklärt, dass die kleinen Haken den grossen meist an Form gleichen.

Die Haken, welche von Vogler untersucht wurden, stammten meist von Ech. multilocularis. Nur zwei Hakenkränze, einer zu 28, einer zu 32 Haken, gehörten Taenien von 1 mm Länge an, welche von Prof. Zschokke in Zürich aus Ech. multilocularis gezüchtet waren. Die Taenien — bisher war dies der einzige bekannte glückliche Versuch, ausser dem Klemm'schen, die Taenie aus dem Echinococcus multilocularis zu züchten — zeigten in Bezug auf ihre Hacken genau dieselben Formen, wie sie Vogler an den Scolices des Ech. multilocularis gefunden hatte.

Da in der Klemm'schen Arbeit eine Beschreibung der für die Taenienarten so wichtigen Hakenformen fehlt, erschien Vogler der Schluss Klemm's: „Die Taenie des Ech. alveolaris und multilocularis sind identisch“, nicht begründet und verlangte derselbe eine nochmalige Untersuchung der Hakenkränze.

Zur weiteren Aufklärung dieser Frage stellte Herr Prof. Bollinger in München im November 1888 einen neuen, glücklichen Versuch an, indem er einen frischen Echinococcus multilocularis, in welchem lebende Scolices constatirt waren, an einen Dachshund verfütterte.

Nachdem ich schon damals mit der Untersuchung dieses Hundes betraut worden war, veranlasste mich Herr Prof. Bollinger später (1889), an verschiedenem Materiale vergleichende Untersuchungen über die Haken- und Uterusformen der Taenia echinococcus anzustellen.

Es gelangten zur Untersuchung ein frischer Echinococcus cysticus und 5 verschiedene theils zufällig gefundene, theils gezüchtete Fälle von Taenia echinococcus.

1) Echinococcus cysticus.

Aus einer zufällig in der Leber einer Frau gefundenen einfachen Echinococcusblase entleerte sich eine ungeheure Menge lebender Scolices und freier Häkchen, welche, in einem Spitzglase abgesetzt, einen voluminösen Bodensatz bildeten.

Die Häkchen zeigten eine grosse Mannigfaltigkeit der Formen, näherten sich jedoch im Allgemeinen mehr den von Krabbe gegebenen Abbildungen No. 14—35, als der Vogler'schen No. 1—5. Am häufigsten fanden sich Formen, welche Krabbe's No. 22—25 entsprachen und durch die angezogene hintere Wurzel den von Vogler für Echinococcus multilocularis beschriebenen Formen nahe standen. Von letzteren unterschieden sie sich jedoch deutlich durch den Mangel von Einkerbungen oder Höckerchen an der convexen Seite, sowie durch den Mangel der knopfförmigen, nach der convexen Seite aufgebogenen Anschwellung am Ende des langen Wurzelfortsatzes. Häufig war das Ende des hinteren Wurzelfortsatzes sowohl bei den grösseren, wie bei den kleineren Häkchen verschmälert und nach der convexen Seite zu stärker gekrümmt, wie dies in leichterem Grade und bei kurzen hinteren Wurzeln Krabbe's No. 21 u. 26 zeigen. Auch verkümmerte Formen, entsprechend Krabbe's No. 30, 32, 33 waren nicht selten. Die Krümmung der Kralle war eine schöne. Am Uebergange zwischen Kralle und hinterer Wurzel befand sich, wie dies auch die meisten Abbildungen Krabbe's zeigen, eine leichte Einbuchtung, bisweilen auch eine doppelte, ähnlich der Abbildung No. 3 von Vogler. Plumpe Wurzeln, wie sie Vogler als gewöhnlich für Echinococcus hominis annimmt und in No. 1—5 abbildet,

waren nur höchst vereinzelt zu finden und erschien die Ausbuchtung an der Basis zwischen den beiden Wurzelfortsätzen durch die Krümmung der hinteren Wurzel meist tiefer als dies Krabbe angiebt. Die Länge der grossen Haken von der Spitze bis zum Ende des hinteren Wurzelfortsatzes betrug bei den grossen Haken 0,027—0,04‴; bei den kleinen Haken 0,022—0,0255‴. Es stimmen diese Maasse mit denen von Küchenmeister und Krabbe ziemlich genau überein, während Leuckart für die kleineren 0,038‴, für die grösseren Haken 0,045‴ Länge angiebt. Diese Maassdifferenzen sind, wie wohl auch manche Formenunterschiede, auf verschiedenes Alter zurückzuführen.

2) Taenia echinococcus,

gezüchtet aus Echinococcus veterinorum von Herrn Professor Dr. v. Siebold in München. Das Präparat, durch Siebold's Veröffentlichung bekannt, ist Eigenthum des zoologischen Instituts in München und wurde mir eine Anzahl der wohl zu mehreren Tausenden in einem Glase befindlichen Exemplare von Herrn Professor O. Hertwig freundlichst zur Benutzung überlassen.

Die meisten Exemplare waren klein, nur wenige über 2‴, auch waren nie reife Eier zu finden und nirgends eine Anhäufung derselben im Endgliede oder eine Anlage zu dieser Bildung zu bemerken. Offenbar waren die Thiere noch jung, wenn auch geschlechtsreif, denn die männlichen Genitalien waren trotz des Alters des Präparates deutlich sichtbar.

Die Hakenkränze der meisten Exemplare waren gut erhalten. Die Länge der Haken betrug durchschnittlich 0,024‴. Die Gestalt der Haken war plump, die Kralle schön gekrümmt, verhältnissmässig dick und sowohl die vorderen, als auch die hinteren Wurzelfortsätze waren stark verdickt und kolbig angeschwollen, so dass sie am meisten den Abbildungen Leuckart's sowohl, wie Krabbe's No. 41 und 51 nahe kamen. Formen, wie Vogler's No. 6—10 waren nicht zu finden.

3) Taenia echinococcus.

In der Sammlung des pathologischen Institutes in München befindet sich ein Glas mit der Angabe „Geschenk von v. Siebold", welches eine grössere Anzahl von Taenia echinococcus enthält. Nach mündlichen Angaben sollen diese Taenien zufällig gefunden worden sein und sind dieselben sicher nicht von gleicher Herkunft wie die Taenien des vorerwähnten Züchtungsversuches. Da der Echinococcus multilocularis in Bayern heimisch ist, der hydatidosus indessen auch vorkommt, ist die Frage, welcher Form diese Taenien zugehören, nicht sicher zu bestimmen.

Die Grösse der Thiere beträgt 2—4 mm und bestehen dieselben aus 3—4 Gliedern, Haken waren bei keinem Exemplare zu finden. Der Uterus war bei Allen sehr deutlich zu sehen und mit mehr oder minder reifen Eiern gefüllt. Bei den kleineren Exemplaren zeigte er die bekannte Form: ein Längsschlauch mit unverästelten, am Ende kolbig aufgetriebenen Seitenästen. Auch bei diesen jüngeren Formen, bisweilen schon im zweiten Gliede, zeigt sich eine Neigung der Eier, sich in dem dem Kopfende zugewendeten Theile des Längscanales anzusammeln, welche Eigenthümlichkeit bei den grösseren Exemplaren immer schärfer hervortritt. In gleichem Maasse, wie der Eierballen wächst, entleeren sich die Nebenäste des Uterus, so dass zuletzt fast alle Eier in einem kugelförmigen Ballen vereinigt werden. Selbst bei unreifen Eiern kleiner Exemplare und in den zweiten Gliedern grösserer war dieser Process deutlich erkennbar, während er in nur sehr wenigen Exemplaren völlig fehlte.

4) Taenia echinococcus aus E. multilocularis. Neuer Züchtungsversuch von Prof. Bollinger.

Im Jahre 1889 erhielt ich von Herrn Prof. Bollinger den Darm eines Hundes zur Untersuchung, welcher 3 Monate vorher unter den nöthigen Cautelen mit Echinococcus multilocularis gefüttert worden war.

Der Hund war auch zu anderen Untersuchungen benutzt worden und in Folge dessen aus Versehen während der Weihnachtsferien getödtet worden, ohne zunächst die Eingeweide zu beachten, welche nur durch einen Zufall vor der Vernichtung gerettet wurden. Dieselben befanden sich daher in einem ziemlich schlechten Erhaltungszustande. In dem Darminhalte fanden sich massenhafte Endglieder von Taenia echinococcus in so macerirtem Zustande, dass keine Structur mehr zu erkennen war. Einige Endglieder, sowie 10 Stück ganzer Taenien waren gut erhalten und liessen meist auch die männlichen Geschlechtsorgane noch deutlich erkennen. Bei Allen fand sich im Endgliede, oft, besonders wenn 4 Glieder vorhanden, in den beiden letzten Gliedern, die schon beschriebene kugelförmige Anhäufung der Eier. Die Haken waren leider nicht mehr aufzufinden.

5) Taenia echinococcus.

Die Taenien stammten angeblich von einem Hunde, welcher 1887 (?) mit der frischen Flüssigkeit eines Echinococcus cysticus gefüttert und 2 Monate nach der Fütterung getödtet worden war.

In dem mir zur Untersuchung übergebenen Spirituspräparate des Darmes fanden sich nur noch wenige etwa 2—2,5‴ lange dreigliederige Taenien mit meist gut erhaltenem Hakenkranze vor. Die Form der Haken war völlig die von Vogler für Echinococcus multilocularis angegebene. Die Biegung der Kralle gering, auf der convexen Seite zwischen der Kralle und der langen schlanken Wurzel befanden sich 1—2 leicht höckerige Einkerbungen. Am Ende war der dünne hintere Wurzelfortsatz nach der convexen Seite umgebogen und endigte in ein kleines Knöpfchen. Die Haken besassen also vollkommen die von Vogler für seine Taenia multilocularis in Anspruch genommene Form, ihre Länge betrug 0,03‴.

Schon makroskopisch auffällig war bei allen grösseren Exemplaren eine kugelige Auftreibung zwischen dem 2. und 3. Gliede, welche sich unter dem Mikroskope als eine mit Eiern erfüllte Blase, Auftreibung des Centralcanales des Uterus, erwies.

Da durch die Aufbewahrung in Alkohol der Leib der Würmer stark geschrumpft war, hob sich dieser Eierballen sehr scharf ab und schien bisweilen dem Gliede von aussen anzuhängen. Auf Druck mittelst des Deckgläschens barst die dünne Hülle leicht und die kleinen bräunlichen Eier entleerten sich.

6) Taenia Echinococcus. Klemm.

Weil die von Dr. Klemm beschriebenen Taenien, welche aus Echinococcus multilocularis gezüchtet worden waren, nicht in Bezug auf die Form ihrer Haken untersucht worden waren, erhielt ich von Herrn Prof. Bollinger mehrere von Dr. Klemm gefertigte Glycerindauerpräparate zur näheren Prüfung. In zweien derselben fanden sich so ausserordentlich schön erhaltene Hakenkränze vor, dass eine photographische Aufnahme derselben möglich war. Die einzelnen Haken derselben glichen in jeder Beziehung den von Vogler für Echinococcus multilocularis beschriebenen Formen. Die hier vorhandene, etwas ovalere und geschwollenere Form des vorderen Wurzelfortsatzes, welche sich in Vogler's Abbildungen nicht deutlich angegeben findet, zeigt sich in einer Handzeichnung eines an Herrn Prof. Bollinger gerichteten Briefes deutlicher ausgeprägt. Es fand sich eine ähnliche Form der vorderen Wurzeln, welche sich Krabbe's Abbildungen No. 33 und 34 nähert, auch bei den unter (2) beschriebenen aus Echinococcus cysticus gezüchteten Exemplaren.

Zur Bestätigung der Formengleichheit sandte ich die Photogramme vorerwähnter Hakenkränze ohne Angabe ihrer Abstammung an Herrn Dr. Vogler, welcher so freundlich war, mir die Identität mit den von ihm für Echinococcus multilocularis geforderten Formen zu bestätigen.

Ordnen wir die Befunde nach der Form der Haken und der Uterusbildung, so finden wir:

I. Haken von den Krabbe-Leuckart'schen Formen

1) bei dem Echinococcus cysticus (1),

2) „ den aus dem Echinococcus veterinorum gezüchteten Taenien (2);

II. Anhäufung der Eier im Endglied, Haken fehlen
 1) bei den zufällig gefundenen Taenien (3),
 2) „ den aus Echinococcus multilocularis gezüchteten Taenien (4);

III. Haken von der von Vogler für Echinococcus multilocularis angegebenen Form und Eieranhäufung im Endgliede
 1) bei den angeblich aus Echinococcus cysticus gezüchteten Taenien (5),
 2) „ den aus Echinococcus multilocularis gezüchteten Taenien Klemms (6).

Wie man sieht, widerspricht von diesen Befunden der von Vogler vertretenen Annahme einer besonderen Taeniaart für den Echinococcus multilocularis nur der Fall No. 5, dessen Taenien die Merkmale des multiloculären zeigen und von Echinococcus cysticus stammen sollen. Ob diese Angabe der Abstammung jedoch richtig ist, erscheint, da das Präparat des pathologischen Institutes mit einem (?) versehen war und ausserdem Combinationen beider Echinococcusformen mehrfach beobachtet worden sind, zweifelhaft. Nimmt man indessen die Angabe seiner Abstammung von Echinococcus cysticus als richtig an, so bleibt immer noch das Zusammentreffen der abweichenden Uterus- und Hakenformen bestehen. Diese Hakenform erscheint, trotz der Variabilität der Hakenformen des Echinococcus cysticus, so charakteristisch, dass ich Vogler's Versicherung, an einzelnen wenigen Haken den Ursprung der Taenie erkennen zu können, beipflichten muss und hat Vogler dies durch die richtige Bestimmung der ihm von Mitteldeutschland zugesandten Photogramme der Klemm'schen Taenienhaken praktisch erprobt.



Fig 1. Taenia echinococcus cysticus (nach Leuckart), Vergrösserung etwa 12 : 1.

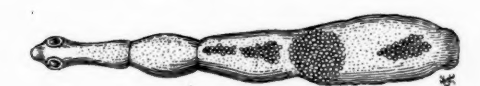


Fig. 2. Taenia echinococcus multilocularis. Reproduction nach einer photographischen Aufnahme.

Es scheinen demnach zwei Formen von Taenia echinococcus zu existiren. Die eine von ihnen ist ausgezeichnet durch plumpere Haken und Mangel eines Eierballens im Endgliede älterer Exemplare. Dieselbe besitzt eine weite geographische Verbreitung und tritt in ihrem Jugendzustande nur als Echinococcus cysticus auf.

Die zweite Form besitzt schlankere Haken, in den reifen Endgliedern eine kugelförmige Anhäufung der Eier und findet sich nur in Süddeutschland und den nächsten angrenzenden Gebieten verbreitet. Ihre Cysticercusform besitzt diese Art in dem Echinococcus multilocularis, — vielleicht auch selten (No. 5) im Echinococcus cysticus.

Zur Sicherstellung dieser Artenmerkmale sind indessen noch zahlreiche weitere Untersuchungen erforderlich.

Nachtrag. Vorstehende Untersuchungen waren im März 1890 beendet und sollten nach Anfügung literarischer Angaben dem Drucke übergeben werden. An der Fertigstellung derselben wurde ich durch mehrjährige Seereisen verhindert und erfuhr, nach München zurückgekehrt, dass inzwischen von Herrn Dr. C. Mangold dieselbe Frage und mit fast demselben Materiale in ausführlichster Weise bearbeitet und in der Berliner klinischen Wochenschrift 1892, No. 2 und 3 veröffentlicht worden war.

Da sich indessen unter meinen Beobachtungen der noch nicht bekannte neue Versuch von Prof. Bollinger, dessen Mangold (Tübingen), als ihm durch Privatmittheilung bekannt, erwähnt, befindet, und da Mangold die für die Taenia echinococcus classische Arbeit von Krabbe nicht zum Vergleiche der Hakenformen benutzt hat, sowie aus dem Grunde, weil auch das unabhängige auf demselben Materiale beruhende Ergebniss verschiedener Untersucher nicht unwichtig sein mag, veranlasste mich Herr Prof. Bollinger, meine Untersuchungen nachträglich zu veröffentlichen.

Die beabsichtigten Ausführungen sind durch die eingehenden Erörterungen Mangold's, mit dem ich mich in voller Uebereinstimmung befinde, fast überflüssig geworden. Zu bemerken ist nur, dass das Fehlen der Eieranhäufung in den Taenien des überaus glücklichen Mangold'schen Versuches durch das zu geringe Alter der Taenien zu erklären ist. Wenn ich, wie Mangold, von der specifischen Verschiedenheit der Hakenformen beider Taenien überzeugt bin, so scheint es mir möglich, dass auch die Eieranhäufung der Taenia multilocularis eigenthümlich ist. Sicher scheint es mir, dass nur ältere Thiere diese Anordnung zeigen und müssten zum Gegenbeweise alte Taenien, welche nachweislich aus cystösem Echinococcus gezüchtet wurden, dieselbe Anhäufung besitzen.

Aus der ambulatorischen Klinik für Kehlkopf-, Rachen- und Nasen-Kranke in Heidelberg.

Erfahrungen über die Wirkung des Alumnol und des Diaphtherin.

Von Dr. *Albert Spengler*, Assistenzarzt.

Unter dem Namen Alumnol kommt neuerdings ein in der chemischen Fabrik von Meister, Lucius und Brüning in Höchst a./M. hergestelltes Aluminiumpräparat in den Handel, das die Eigenschaft eines Adstringoantisepticums in besonderem Maasse besitzen soll. Dieses Mittel ist das Aluminiumsalz einer Sulfosäure des Naphtols und stellt ein grauweisses Pulver dar, das in Wasser und Alkohol leicht löslich ist und sich bequem in die verschiedensten Arzneiformen bringen lässt. Das Alumnol wurde zuerst im Breslauer Pharmakologischen Institut eingehend geprüft und darauf einer grösseren Reihe von praktischen Versuchen in der otiatrischen Poliklinik des Herrn Dr. Brieger in Breslau und in der dermatologischen Praxis des Herrn Dr. Chotzen ebendaselbst zu Grunde gelegt. Die Berichte über die Ergebnisse dieser Versuche (Berl. klin. Wochenschr. 1892, No. 46 und 48) lauten überraschend günstig und heben als besondere Vorzüge des Alumnols seine leichte Löslichkeit, relative Unschädlichkeit und vor Allem die Eigenschaft hervor, sich, gefällt, im Ueberschuss von Eiweiss wieder zu lösen und eine weit bedeutendere Tiefewirkung zu entfalten, als die übrigen zur Zeit gebräuchlichen Adstringentien. Nach der Wirkung, die Dr. Chotzen von Alumnol bei der Behandlung von Haut- und Schleimhautaffectionen gesehen hat, glaubt er annehmen zu müssen, dass das neue Adstringens sich noch einen bedeutenden Wirkungskreis erobern und gewiss auch in der Gynäkologie und Laryngologie mit erheblichem Nutzen verwendet werden würde.

Dieses günstige Urtheil über das Alumnol veranlasste uns, da irgendwie eingehendere Untersuchungen mit demselben auf dem Gebiete der Laryngologie unseres Wissens noch nicht gemacht waren, einer Prüfung des Alumnols durch das Anstellen praktischer Versuche in der hiesigen ambulatorischen Klinik für Kehlkopf-, Rachen- und Nasenkranke näher zu treten. Zu diesem Zweck wurden mir von meinem hochverehrten Chef, Herrn Prof. Jurasz, eine Anzahl Fälle überwiesen, die sich für die Behandlung mit Alumnol zu eignen schienen. Es waren dies natürlich vorwiegend die verschiedenen Formen von acuter und chronischer Entzündung der Rachen- und Kehlkopfschleimhaut, welche in Betracht kamen, während Processe mit tiefer Geschwürsbildung, die sich für eine adstringirende Behandlung weniger eigneten, nicht in den Bereich der Versuche gezogen wurden.

Von der herstellenden Fabrik in Höchst wurde uns in dankenswerther Weise eine grössere Quantität Alumnolpulver zur Verfügung gestellt. Davon wurden $^1/_2$proc., 1, 2, 5 und

10proc. wässrige Lösungen bereitet, um dieselben in der gewöhnlichen Weise mittelst Watte auf die erkrankte Schleimhaut zu appliciren. Diese wässrigen Lösungen sind vollkommen klar, von gelbbräunlicher Farbe, von leicht adstringirendem Geschmack, auch in 10proc. Concentration noch nicht ätzend.

Die Behandlungsdauer belief sich in den acuten Fällen auf wenige Tage bis 2 Wochen, in den chronischen Fällen auf 1—2 Monate.

Im Ganzen wurden 20 Patienten mit Alumnol behandelt und zwar 8 Fälle von acuter und chronischer Pharyngitis, 10 Fälle von acuter und chronischer Laryngitis und 2 Fälle von Empyema antr. Highmori.

Unter den mit Alumnol behandelten Pharyngitiden befanden sich nur 2 acute Fälle, die übrigen 6 waren chronischer Art und zwar handelte es sich dabei 4mal um die besonders lästige und hartnäckige Form der mit Ozaena beziehungsweise Rhinitis atrophicans complicirten sogenannten Pharyngitis sicca.

In den acuten Fällen von Pharyngitis wurde durch Pinselung mit 5proc. Alumnollösung in 4—8 Tagen Heilung herbeigeführt, bei den chronischen Affectionen in 2 mittelschweren Fällen in 2—4 Wochen ebenfalls vollständige Heilung, in den übrigen Fällen entschieden subjective und objective Besserung erzielt. Die fast stets vorhandenen Beschwerden, das lästige Trockenheitsgefühl, die zuweilen nach dem Ohr ausstrahlenden stechenden Schmerzen, leichte Belegtheit der Stimme, schwanden, während gleichzeitig die Schleimhaut ein mehr normales Aussehen erhielt und die Menge des im Rachen und Nasenrachenraum sich ansammelnden Secrets sich verminderte. Bei Pharyngitis sicca verlor die Schleimhaut den matten trockenen Glanz, bekam ein mehr feuchtes Aussehen und die Secretion der Rachenschleimhaut veränderte sich in der Weise, dass statt der dicken, zähen schwarzbraunen Secretmassen, die sich vordem im Nasenrachenraum ansammelten, sich nunmehr ein dünnflüssiges gebliches Secret in geringer Menge im Nasenrachenraum vorfand. Natürlich wurde gleichzeitig gegen etwa vorhandene Ozaena entsprechende Behandlung eingeleitet. Die geschilderte günstige Wirkung der täglichen gründlichen Auswischung des Rachens mit 5proc. Alumnollösung konnte schon nach 2—3 wöchentlicher Behandlung nachgewiesen werden.

Zu den Pinselungen im Rachen verwendeten wir, wie schon eben angedeutet, nach kurzer Zeit ausschliesslich 5proc. Lösungen, da die schwächeren als wenig wirksam, die stärkeren als zu sehr reizend sich herausgestellt hatten.

Der somit im Ganzen günstigen Einwirkung des Alumnols auf verschiedene Formen des Rachenkatarrhs entsprachen nicht die Resultate, die wir bei Behandlung der acuten und chronischen Laryngitis mit Alumnollösungen erzielten. In 3 Fällen von leichter Laryngitis acuta trat nach Behandlung mit 20proc. Alumnollösung in 4—8 Tagen Heilung ein; in 4 Fällen von Laryngitis acuta gravis konnte nur ganz allmählich im Verlauf einiger Wochen durch tägliches Pinseln mit 5proc. Alumnollösung eine subjective und objective Besserung herbeigeführt werden. Nur ein Fall von sehr schwerer acuter Laryngitis mit vollständiger Aphonie und deutlichen Epitheltrübungen an beiden Stimmbändern besserte sich bei täglicher Application von 5proc. Alumnollösung ausserordentlich rasch, so dass man nach Ablauf einer Woche von annähernder Heilung sprechen konnte. Jedoch muss dabei bemerkt werden, dass dieser Patient im Spital internirt war, während wir es im Uebrigen mit ambulanten Patienten zu thun hatten. In 2 Fällen von chronischer Laryngitis war eine längere Zeit hindurch fortgesetzte Alumnolbehandlung ohne Erfolg geblieben.

Nach den im Vorstehenden enthaltenen Erfahrungen müssen wir ein zusammenfassendes Urtheil über die dem Alumnol in der Laryngologie anzuweisende Stellung dahin abgeben, dass dieses Mittel bei den verschiedenen Formen der Pharyngitis, namentlich auch der Pharyngitis sicca ganz gute Dienste leistet, ohne jedoch die in unserer Praxis ausserordentlich bewährt gefundene 1 und 2proc. Chlorzinklösung irgendwie zu übertreffen. Nur scheint die Application des Alumnols von Seiten des Patienten weniger unangenehm empfunden zu werden, als die des Chlorzinks, was vielleicht in manchen Fällen einen Vortheil bedeutet.

Bei der Behandlung der Larynxaffectionen würden wir nach wie vor dem Chlorzink den Vorzug geben. Die beste Illustration hierzu bot uns ein Patient mit subacuter Laryngitis, der erst eine Zeit lang vergeblich mit Alumnol behandelt, auf eine Behandlung mit 2proc. Chlorzink in wenigen Tagen sich auffallend besserte.

Zu erwähnen sind noch 2 Fälle von hartnäckigem Empyema antri Highmori, in welchen wir die Ausspülung der Highmorshöhle durch die natürliche Oeffnung vom mittleren Nasengange aus mit 1 und 2proc. Alumnollösung vornahmen. In dem einen Falle wurde keine Besserung erzielt, in dem anderen hatte die Ausspülung die profuse Absonderung eines dünnflüssigen schleimigen Secrets zur Folge, die nach Sistiren der Alumnolbehandlung und Ersetzen durch ein anderes Mittel wieder nachliess.

Aus Anlass dieser beiden Fälle von Highmorempyemen möchte ich noch einige wenige Worte hinzufügen über ein anderes neu in die Rhinologie einzuführendes Mittel, von welchem wir in den beiden genannten Fällen mit Vortheil Gebrauch gemacht haben, über das Oxychinaseptol oder Diaphtherin.

Dieses Mittel, in der Fabrik von Lembach und Schleicher in Biebrich a./Rh. hergestellt, ist ein bernsteingelbes, safranähnlich riechendes, leicht lösliches Pulver, das bei relativer Ungiftigkeit nach bakteriologischen Untersuchungen von Prof. Emmerich in München eine ausserordentliche antiseptische Kraft besitzt, die es den besten bis jetzt bekannten antiseptischen Stoffen ebenbürtig zur Seite stellt.

Versuche, die Dr. Kronacher in München in der chirurgischen Praxis, Docent Dr. Rohrer in Zürich in der otologischen und rhinologischen Therapie mit Diaphtherin anstellten, sind ausserordentlich günstig ausgefallen.

Nach den Erfahrungen, die wir mit dem Mittel gemacht haben, können wir dieses günstige Urtheil nur bestätigen. Wir hatten Gelegenheit, in 3 Fällen von Highmorempyem und 5 Fällen von Ozaena die ausserordentliche antiseptische Kraft einer 0,5—1 proc. Diaphtherinlösung zu erproben. Die Fälle von Highmorempyem, die einer ganzen Reihe von Mitteln getrotzt hatten, besserten sich wesentlich, ohne allerdings vollständig geheilt zu sein. In den Fällen von Ozaena wurden durch mit 1/2proc. Diaphtherinlösung getränkte und 30 Minuten in den Nasenhöhlen verweilende Tampons dieselbe günstige Wirkung in Bezug auf Desodorisirung und Besserung der subjectiven Beschwerden erzielt, wie vordem mit in ähnlicher Weise angewandten 2—3proc. Carbolsäurelösungen. Von Seiten der Patienten wird das Diaphtherin vorzüglich ertragen und über keinerlei unangenehme Wirkungen bei seiner Anwendung geklagt.

Die vortrefflichen Eigenschaften des Diaphtherin scheinen uns dazu aufzufordern, noch weitere Versuche mit dem Mittel anzustellen, das sich mit der Zeit gewiss einen dauernden Platz in der rhinologischen Therapie erobern wird.

Finden bemittelte Tuberculöse Heilung mit grösserer Wahrscheinlichkeit in Hotels südlicher Wintercurorte oder in nordischen Anstalten?

Von Dr. *Hugo Heinzelmann*, Besitzer der Privatheilanstalt für Gemüthskranke „Asyl Neufriedheim“ bei München, zur Zeit Curarzt in Gardone-Riviera.

Wenn heutzutage ein Arzt an auf Tuberculose verdächtiger Brustfellentzündung oder Lungenentzündung oder an unzweifelhafter Tuberculose erkrankt, so kann man bei langsamem Verlauf der Krankheit mit Wahrscheinlichkeit annehmen, dass er sich in einen Curort begeben wird; viel weniger wahrscheinlich ist es, dass er sich als Patient einer Anstalt für Tuberculöse anvertraut. So lange Aerzte Bedenken tragen, sich in solche Anstalten aufnehmen zu lassen, wird es vielfach an der warmen ärztlichen Empfehlung von Sanatorien für Lungenkranke den Patienten gegenüber fehlen. Zur Beantwortung der Frage, ob

ein Sanatorium für Lungenkranke im Norden vor dem Aufenthalte in Hotels von Wintercurorten den Vorzug verdient, erscheinen zunächst Aerzte an solchen Anstalten oder Aerzte an Curorten competent. Es gehört dazu Sachkenntniss und Unparteilichkeit, auch muss man frei sein von der Stimmung, welche etwa die Gestaltung des eigenen Leidens oder der Erfolg oder Misserfolg in der Praxis eingiebt. Da ich diesen Factoren zu genügen glaube, will ich mich in Nachstehendem an diese Aufgabe machen.

Eine der Hauptsachen in der Schwindsuchtsbehandlung ist die Ernährung. Das Klima, das der Kranke aufsucht, hat häufig in erster Linie die Aufgabe seinen Appetit zu heben. Um consumptive Processe bei Tuberculösen zu vermeiden, braucht man qualitativ und quantitativ hervorragende Nahrungsmittel. Die Anstalt für Tuberculöse rechnet im Vorneherein damit, dass sich eine grosse Zahl von Kranken überernähren muss; das Hotel trägt auch in Curorten mehr für den Gesunden als den Kranken an. Das Hotel, das für seine Leistungen einen bestimmten Pensionspreis bekommt, wird nie in der Weise, wie man das von Anstalten verlangen kann, besonders günstige Gelegenheit zur Uebereraährung bieten. Immerhin glaube ich, dass es Hotels giebt, in denen der Tuberculöse seine Ernährung in befriedigender Weise regeln kann und scheint mir die Ernährungsfrage, selbst wenn es sich um Dyspeptische handelt, noch kein Grund zu sein, den Hotelaufenthalt vollständig zu perhorresciren.

Schädlich ist dem Tuberculösen das selbständige Vertreten seiner Interessen den rein geschäftlichen des Hotels gegenüber. Manche Hotels bieten auch Zimmer, die feucht und kalt sind, zwar zu weniger hohem Preise an, aber ohne auf die Nachtheile derselben, die nicht immer gleich in die Augen springen, aufmerksam zu machen. Der zu einer sorgfältigen Prüfung nicht befähigte Tuberculöse trifft in solchen Fällen nicht selten das Unrichtige und hat zu dem Schaden, der ihm dadurch erwächst, nach einiger Zeit noch den Kummer der Erkenntniss des gemachten Fehlers. Bei Regelung der Preisfrage oder bei zu Tage tretenden Verdriesslichkeiten entsteht bei der mangelnden Kenntniss des psychischen Zustandes Tuberculöser von Seite des Hotels einerseits und der Reizbarkeit Tuberculöser andererseits leicht ein Wortwechsel, der dem Kranken schadet. Doch spricht das nur dafür, dass der Phthisiker eine Persönlichkeit braucht, die mit Sachkenntniss und Energie für ihn sorgt, nicht dafür, dass er nicht in einem Hotel untergebracht werden kann. Freilich bleibt auch dann noch mancherlei Veranlassung zu Gemüthsbewegungen. Unregelmässigkeiten in der Heizung, Zugluft, Fehler in der Ventilirung, zu trockene oder zu feuchte Bodenreinigung, die ungeeignete Auswahl des Dienstpersonals, geben im Hotel leicht Gelegenheit dazu. Gerade der letztgenannte Punkt giebt leicht Veranlassung zu ärgerlichen Vorkommnissen, da das Hotel bei der Wahl des Personals naturgemäss der Hauptsache nach Werth auf die Befähigung zu wirthschaftlicher Thätigkeit legt; alle andern Rücksichten treten sehr in den Hintergrund; manchmal kommt das Personal direct von Verdingungsanstalten, ohne dass es der Director des Hotels vorher gesehen hat; endlich hat das Hotel selbst zu wenig Kenntniss von dem Wohl und Wehe von Kranken; woher soll man förderliche Kenntnisse haben, wenn man weder selbst krank war, noch Studien darüber gemacht hat.

Kann man im Hotel nicht erwarten, dass das Personal auf die Psyche der Tuberculösen Rücksicht nimmt, so können des weiteren die Gepflogenheiten des Hotels, die Gesellschaft bei Tisch so zu placiren, wie sie eben ankommt, dem Tuberculösen Schaden bringen. Der Zufall kann geistig unbedeutende in intellectuell hochstehende Gesellschaft, er kann sich unsympathische Naturen oder sich spröd zusammenschmiegende Nationalitäten zu einander führen. Gewöhnt sich der gesunde Mensch allmählich auch an Menschen, die ihm ursprünglich unsympathisch waren, so fällt das dem reizbaren und leicht zu depressiver Stimmung gelangenden Gehirn des Tuberculösen viel schwerer; aus der ursprünglichen Abneigung entsteht leicht Hass. Zuweilen kommen besonders sensible Naturen neben durch Husten sehr störende Elemente zu sitzen oder Kranke, die wenig sprechen sollen, neben zur Opposition anreizende Leuten. In all den Fällen ist es dem ärztlichen Dirigenten einer Heilanstalt leicht, das Richtige zu treffen, dem Oberkellner eines Hotels kann man irgend eine Kenntniss von solchen Sachen nicht zumuthen. Ich habe im Vorausgehenden die Table d'hôte grosser Hotels im Auge gehabt; kleine Hotels passen meiner Ansicht nach im Allgemeinen an sich nicht für Tuberculöse, da sie noch weniger als grosse die für Tuberculöse nöthigen Einrichtungen haben können, das Essen gewöhnlich karger zugemessen ist und in solchen Hotels ein gewisses Régime gang und gäbe zu sein pflegt, das für den Einzelnen oft gar nicht geeignet ist, dem er sich aber, will er es nicht im Vornherein mit den Leuten verderben, schwer entziehen kann.

Ich komme auf die Infectionsgefahr zu sprechen. Wer weiss, wie Phthisiker früher ihr Sputum unvorsichtig behandelten, muss sich bei Betrachtung der jetzigen Verhältnisse sagen, dass da eine Besserung eingetreten ist. Die Arbeiten Georg Cornet's haben hier wie ein reinigendes Gewitter gewirkt; gerade die Art und Weise, wie er unter Zurückdrängung der Dispositionslehre die Infection in den Vordergrund schob, liess die Ergebnisse seiner Forschung in weite Kreise dringen. Doch ist noch viel zu thun; ja es macht sich eine gewisse Gegenströmung geltend. Dann giebt es Hotels, welche nicht an die Infectionsgefahr glauben, doch es auch nicht mit den Anhängern der Infectionslehre verderben wollen. Sie stellen beispielsweise Spucknäpfe in der äusseren Gestalt von Schildkröten auf, denen man nicht immer auf den ersten Blick ansieht, dass sie Spucknäpfe sind und wie ihr Deckel zu öffnen ist, zum Theil vielleicht unter Blattpflanzen versteckt auf, oder sie postiren Miniaturspucknäpfe in den Ecken von Mauern, so dass grosse Virtuosität dazu gehört nicht daneben zu spucken. Manchmal findet man Spucknäpfe aufgestellt, die an sich unzweckmässig construirt, ein Verschütten oder Verspritzen des Inhalts noch deshalb erleichtern, weil sie viel zu viel Wasser enthalten. Das Bestreben solcher Hotels geht im Wesentlichen nur dahin, Anhängern der Infectionslehre sagen zu können, seht, wir haben mit Wasser gefüllte Spucknäpfe. Ich persönlich glaube, dass ein relativer Schutz vor Erkrankung oder Wiedererkrankung an Tuberculose darin besteht, dass man die Disposition zur Infection, bezw. zur neuen Infection vermindert, glaube aber, dass man auch die Gelegenheit zur Infection möglichst vermindern soll. Die Infectionsgelegenheit scheuen viele Kranke; sie suchen nicht allzuselten den Bacillen, welche sie hauptsächlich im Centrum des Curortes vermuthen, dadurch zu entgehen, dass sie mehr in der Peripherie Wohnung nehmen. Es geht da abgesehen von allem Andern manchmal so, wie mit dem Wohnen im 2., und nicht im 1. Stock; es machen nicht selten mehrere infectionsbange Kranke denselben Gedankengang durch und treffen zuweilen im 2. Stock erst recht mit infectionsgefährlichen Persönlichkeiten zusammen, die alle dort hinaufgezogen sind, von der trügerischen Erwartung ausgehend, da vor Infection sicherer zu sein. Man rechnet falsch, wenn man sagt, so und so viele Kranke, ergo so und so grosse Gefahr, sich zu inficiren. Es kommt bekanntlich auf die Menge des Sputums, die Directionsfähigkeit des Patienten darüber und auf die Sorgfalt in der Vernichtung desselben an. Verunreinigungen von Kleidern, Bett und Zimmer lassen sich bei Kranken, die viel Auswurf haben, selten vermeiden. Handelt es sich um Kranke, die Taschentuch und Boden nicht bespucken, also noch reinliche Kranke, so ist die Verunreinigung nicht so gross, dass sie Cornet noch nachweisen konnte. Doch geht daraus noch nicht hervor, dass Mehrere solcher Kranken im Hotel in Bezug auf Infection gleichgültig sind; dann hat man keine Gewähr, dass das glücklich in den Spucknapf gelangte Sputum von dort aus in richtiger Weise an den Ort transportirt wird, wo es vernichtet wird; endlich giebt es im Hotel immer auch unreinliche Kranke. Wenn man die Sorgfalt des Hauses in der Desinfection vermisst, so ist das eine bedenkliche Sache. In manchen von Tuberculösen besuchten Curorten fehlt es noch an einem Desinfectionsofen. Ein Arzt eines mir bekannten Curortes erwähnt in einem schon im Jahre 1890 herausgekommenen,

von Aerzten und Kranken viel gelesenen Buche über den Curort, der Einrichtungen des ersten Hotels dort gedenkend, auch eines Desinfectionsapparates; thatsächlich ist es bis heutzutage bei der geäusserten Absicht des Directors, einen solchen anzuschaffen, geblieben. Sehr zu wünschen übrig lässt in einzelnen Hotels noch die Boden- und Zimmerreinigung. Man lässt im Allgemeinen im Hotel Zimmer, in welchen Tuberculöse gestorben sind, längere Zeit leer stehen, obwohl gerade der Tod des Inhabers das Zimmer nicht infectionsgefährlicher gemacht hat; Zimmer, welche längere Zeit von Schwerkranken bewohnt waren, werden zuweilen in der hohen Saison noch an demselben Tage, an welchem der Kranke abgereist ist, an einen anderen Gast vergeben.

Einigermaassen Sicherheit vor Infection bieten nur Anstalten, in denen nach den Grundsätzen der Infectionslehre verfahren wird. Im Hotel fehlt es schon an der Schulung des Personals. Wie häufig passirt es auch in den reinlichst gehaltenen Hotels, dass man Essgeschirre oder Bestecke servirt bekommt, an denen Residuen der vorausgegangenen Mahlzeit haften geblieben sind, und wie begreiflich ist das bei der grossen Zahl von Bestecken, die in grossen Hotels zu reinigen sind; giebt man dem Kellner häufig Bestecke und Tassen zurück, so wird er, wenn er sieht, dass die betreffenden Utensilien kaum merklich verunreinigt sind, unwillig, indem er sich für nutzlos geplagt ansieht, da er ja nicht weiss, dass, wenn Speisereste makroskopisch sichtbar daran haften, Bacillen in Unzahl noch daran haften können. Da kann man nur etwas von Anstalten erwarten, in denen die Erfordernisse der Seuchenlehre vom Director angefangen bis zum niedersten Personal dem Einzelnen in Fleisch und Blut übergegangen sind. Es ist auf jeden Fall sehr wohl möglich, dass wenige Kranke in einem Hotel eine grössere Infectionsgefahr darstellen, als viele Kranke in einer Anstalt.

Das nicht ganz zu vermeidende Zusammenleben der Kranken im Hotel mit Gesunden, die rauchen, spielen, Lustfahrten machen, sich Abends in ihrer Weise Vergnügungen schaffen und zuweilen wenig Rücksicht auf das Ruhebedürfniss von Kranken nehmen, ist ungünstig.

Die hygienischen Einrichtungen des Hauses (Beseitigung von Brauchwassern, Trinkwasserverhältnisse etc.), die Anlagen von Röhren, die den Rauch ableiten, Einrichtungen des Gartens und von zum Luftgenuss geeigneten Balconen und Liegehallen sind wohl nie im Hotel so zweckmässig wie in der Anstalt, da der Arzt selten bei der Anlage so mitzusprechen hat, wie es nothwendig wäre und das Hotel bei die Gesundheit betreffenden Anlagen im Allgemeinen mehr spart als die Anstalt. Zuweilen liegen im Hotel an sich gute Einrichtungen, z. B. Ventilationseinrichtungen, brach, weil es an sachverständiger, einheitlicher Regie fehlt.

Eine der Hauptsachen, die das Anstaltsleben vor dem Leben im Hotel voraus hat, ist der innige Contact zwischen dem Kranken und seinem Arzt. Das Leben von Tuberculösen im Hotel gestaltet sich nicht selten recht eigenartig. Die Kranken lassen ausser den Rathschlägen der Aerzte, wenn sie solche consultiren, namentlich wenn sie sich nicht so wohl fühlen, die Dicta alter Curgäste auf sich einwirken oder handeln nach Rathschlägen, die der Arzt andern Kranken in, wie sie glauben, ähnlichen Fällen gegeben hat. Zwischendurch leben sie einmal ganz nach eigenen Heften, versuchen das und jenes. Es entsteht auf diese Weise unsinniges Zeug. So setzen sich Kranke mit Blutbeimischungen im Sputum directer Besonnung aus, machen forcirte Athembewegungen, laufen Treppen auf und ab. Sie experimentiren zuweilen, wenn sie Fieber haben, mit Freiluftbehandlung oder wechseln zwischen dem und jenem in irrationeller Weise ab. Sie treiben Luftfanatismus, sind aber im Essen lässig. Manchen giebt unsinnig versuchte Abhärtung einen schweren Denkzettel, dass auch ein gemässigtes Winterklima, indem man sich mehr als zu Hause im Freien aufhält, bei mangelnder Vorsicht grosse Gefahren hat. Den an sich schwer zu regelnden Uebergang von lang geübter Ruhe zu allmählich sich steigernder Körperbewegung vollziehen die Kranken vielfach zu selbständig; nach der Misère der eigentlichen Krankheit bei besserem Wohlbefinden sich einstellende expansive Stimmung lässt sie leicht ihre Körper- beziehungsweise Herzkraft überschätzen und sich überanstrengen. Manche scheuen in zu grosser Aengstlichkeit jede das Herz stimulirende Körperbewegung. Der und Jener sucht, wenn eine Besserung nach einiger Zeit nicht eingetreten ist, in Gemüthsdepression einen andern Curort auf. Es giebt freilich auch viele Patienten, die den Arzt häufig consultiren und sich mit peinlicher Sorgfalt an das halten, was er ihnen sagt; doch ist der Arzt auch nicht immer im Stande, im vorneherein Alles zu sagen, was nothwendig ist, und wenn er es könnte, so würde der Kranke es nicht behalten können.

Fehlerhaft ist eben, wie auch schon in der Literatur hervorgehoben wurde[1]), der Umstand, dass der Arzt nicht unter seinen Kranken wohnt und ihr Thun und Treiben von seiner Wohnung aus beobachten kann. Nur, wenn der Arzt weiss, was seine Kranken thun, und die Zügel der Leitung selbst unentwegt in der Hand behält, ist mit grosser Wahrscheinlichkeit Heilung zu erwarten, andernfalls handelt es sich in nicht allzu seltenen Fällen um ein wüstes Treiben des Patienten, der, obwohl der Ruhe bedürftig und zu objectivem Calcül unfähig, an sich herumexperimenirt und dabei so häufig vom richtigen Wege abweicht, dass, wenn die Alarmglocken zu läuten anfangen, auch der Arzt nicht mehr im Stande ist, ihn auf dem richtigen Wege zur Heilung zu führen.

Ich komme auf die Titelfrage zurück:

„Finden bemittelte Tuberculöse Heilung mit grösserer Wahrscheinlichkeit in Hotels südlicher Wintercurorte oder in nordischen Anstalten?“

und möchte sie dahin beantworten, dass, wie die Verhältnisse jetzt noch vielfach liegen, Tuberculöse Heilung in Hotels südlicher Curorte nicht mit grösserer Wahrscheinlichkeit, dann und wann, wenn es sich um zu Excessen sehr neigende Patienten oder um junge Leute handelt, die überhaupt noch directionslos sind, unzweifelhaft mit geringerer Wahrscheinlichkeit finden, als in gut geleiteten nordischen Anstalten.

Zu erwähnen ist dabei noch, dass, wie besonders Brehmer, dem ich im Vorausgehenden in mancher Beziehung gefolgt bin, hervorgehoben hat, die Charakteristik der Lungenschwindsucht ihr unberechenbarer Verlauf ist und dass plötzlich im Hotel in der Weise erkrankende Tuberculöse, dass sie längere Zeit an's Bett gefesselt sind, in sehr bedauernswerthe Lagen kommen. Sie haben dann kaum einen praktikablen Nachtstuhl oder eine Sitzbadwanne zur Verfügung.

Ich glaube, dass es nur eine Frage der Zeit sein kann, dass im Süden eine grosse Anstalt für Tuberculöse errichtet wird. Mit kleinen Sanatorien, die schon da und dort bestehen, ist relativ wenig gedient. Dass in Davos bereits eine grössere Anstalt besteht (Dr. Turban), ist bekannt.

Wenn man, wie ich zuversichtlich erwarte, die Tuberculose in Zukunft noch mehr in Anstalten behandeln wird, als dies bis jetzt geschieht, so wird man nicht nur dem Tuberculösen nützen, sondern auch manchen Gesunden vor Infection bewahren.

II. Bericht der vom ärztlichen Bezirksverein München zur Prüfung des Einflusses der Steil- und Schräg-Schrift (Schiefschrift) gewählten Commission.*)

Die Commission blieb in ihrer Zusammensetzung unverändert und bestand aus folgenden Mitgliedern: Medicinalrath Dr. Aub, Vorsitzender; Oberstabsarzt Dr. Seggel, Privatdocent Dr. Oeller, Hofrath Dr. Brunner, Universitätsprofessor Dr. Klaussner, Privatdocent Dr. Seydel, Städtischer Schulrath Dr. Rohmeder.

Entsprechend dem Beschlusse, welchen die Commission an die Berathung des Ergebnisses der im Sommerhalbjahr 1891 vorgenommenen Untersuchungen geknüpft hat, wurden diese Untersuchungen im Sommerhalbjahre 1892 in denselben 6 hie-

[1]) Vgl. Fr. Wolff-Reiboldsgrün, Zur Errichtung von Heilstätten etc. Münchener med. Wochenschrift, 1892, Nr. 51.

*) Vergl. d. W. 1892, No. 28 (Beilage).

sigen Volksschulen, welche der vorjährigen Untersuchung unterstellt waren, fortgesetzt.

Es waren dies: 1) Domschule, 2) Ludwigsschule, 3) Simultanschule II., 4) II. protestantische Schule, 5) Petersschule im Rosenthal, 6) Petersschule in der Blumenstrasse.

Von diesen schrieben die zur Untersuchung bestimmten Classen in den 3 erstgenannten Schulen steil, in den 3 letztgenannten schräg.

Diesmal wurden neben den 1. und 2. Classen auch die 3. Classen zur Untersuchung einbezogen, um nach Möglichkeit zu erforschen, welche Aenderungen sich für diejenigen Schüler herausstellen, welche von der 2. in die 3. Classe vorgerückt waren.

Die Schüler der 1. Classen gelangten hiebei zum ersten Male zur Untersuchung.

In den ersten Classen hatten die Schüler sofort beim Eintritt steil — beziehungsweise schräg streng nach Berlin-Rembold — zu schreiben begonnen.

Die Schüler der 2. und 3. Classen setzten ihre Schreibmethoden (Steilschrift oder Schrägschrift nach Berlin-Rembold) nach vorausgegangener 4monatlicher Uebung im zweiten Jahre fort, hatten also, da die erstmaligen Untersuchungen im Juni und Juli 1891 stattgefunden, etwas über ein Jahr nach einer der beiden Methoden geschrieben.

Zur Sicherung der Einheitlichkeit der Vornahme der Untersuchung und zum Behufe des nothwendigen Meinungsaustausches werden wiederum mehrere Sitzungen der Commission abgehalten.

Das Mitglied der Commission städtischer Schulrath Herr Dr. Rohmeder hat durch seinen technischen Beirath wie durch sein Entgegenkommen und wirksame Mithilfe die Aufgabe der Commission wesentlich gefördert.

Ebenso haben die Herren Oberlehrer wie sämmtliche betheiligten Lehrer und Lehrerinnen den untersuchenden Aerzten in dankenswerther Weise durch bereitwillige Mitwirkung die Arbeit erleichtert.

Das Ergebniss der Untersuchungen ist in den nachfolgenden Einzelnberichten niedergelegt.

Bericht über die Ergebnisse der Untersuchung der Wirbelsäule.

Erstattet von Dr. Brunner.

Es wurden in den in der Einleitung bezeichneten 57 Classen von Dr. Brunner, Dr. Klaussner, Dr. Seydel untersucht

Knaben	31	Classen	1621
Mädchen	26	„	1467
	57	Classen	3088

In den 10 ersten Classen mit 529 Knaben fanden sich: 24,4 Proc. Rachitis, 10 Proc. flache Rücken, 2 Proc. Skoliose, 0,2 Proc. Kyphose, 4 Proc. Biegung der Lendenwirbelsäule nach links oder rechts;

in den 8 ersten Classen mit 474 Mädchen: 27,6 Proc. Rachitis, 10 Proc. flache Rücken, 1,9 Proc. Skoliose, 0,2 Proc. Kyphose, 5,7 Proc. Biegung der Lendenwirbelsäule;

in den 10 zweiten Classen mit 523 Knaben: 24 Proc. Rachitis, 8,6 Proc. flache Rücken, 1,5 Proc. Skoliose, 0,6 Proc. Kyphose, 5,1 Proc. Biegung der Lendenwirbelsäule;

in den 9 zweiten Classen mit 513 Mädchen: 17 Proc. Rachitis, 9,7 Proc. flache Rücken, 2,5 Proc. Skoliose, 0,2 Proc. Kyphose, 6,2 Proc. Biegung der Lendenwirbelsäule;

in den 11 dritten Classen mit 569 Knaben: 24 Proc. Rachitis, 10,2 Proc. flache Rücken, 2,1 Proc. Skoliose, — Proc. Kyphose, 6,4 Proc. Biegung der Lendenwirbelsäule;

in den 9 dritten Classen mit 480 Mädchen: 17 Proc. Rachitis, 13 Proc. flache Rücken, 0,8 Proc. Skoliose, — Proc. Kyphose, 5,7 Proc. Biegung der Lendenwirbelsäule.

Als Gesammtergebniss der Untersuchung des Rückens der 3088 Kinder, Knaben und Mädchen wurde gefunden: 22,5 Proc. Rachitis, 10,4 Proc. flache Rücken, 1,8 Proc. Skoliose, 0,2 Proc. Kyphose, 5,5 Proc. Biegung der Lendenwirbelsäule.

Bei der Zusammenstellung der Knaben und Mädchen für sich ergaben sich folgende Zahlen:

1621 Knaben: 24,2 Proc. Rachitis, 9,6 Proc. flache Rücken, 1,9 Proc. Skoliose, 0,24 Proc. Kyphose, 5,3 Proc. Biegung der Lendenwirbelsäule;

1467 Mädchen: 20,6 Proc. Rachitis, 11,2 Proc. flache Rücken, 1,8 Proc. Skoliose, 0,13 Proc. Kyphose, 5,9 Proc. Biegung der Lendenwirbelsäule nach links oder rechts.

Im Allgemeinen wurden die gleichen Untersuchungsresultate wie im Vorjahre gewonnen.

Die Zeichen von Rachitis fanden sich bei einer auffallend grossen Anzahl (fast $^1/_4$) der Kinder aller Classen.

Der flache Rücken war bei $^1/_{10}$ der Schulkinder vorhanden.

Das Vorkommen der Skoliose wurde in den dritten Classen in einer minderen Zahl (1,5 Proc.) als in den ersten und zweiten Classen (2 Proc.) constatirt.

Im Hinblick auf die Haltung des Rumpfes, die mit einer durch schlechte Stellung veranlassten Krümmung der Wirbelsäule im Lendentheile verbunden ist, sich jedoch als vollständig ausgleichbar darstellt, ist zu bemerken, dass fast genau wie im Vorjahre 5,5 Proc. der Kinder eine Haltungsanomalie zeigen.

Als weitere Befunde ergaben sich: 4 Kinder (2 Kn., 2 M.) mit ausgeheilter Coxitis, 6 Kinder (2 Kn., 4 M.) mit Struma, 2 Knaben mit Kinderlähmung, 1 Knabe mit Klumpfuss, 1 Mädchen mit Amputatio cruris.

Es wäre am nächsten gelegen, die diesjährigen Untersuchungsergebnisse mit den vorigjährigen zu vergleichen. Die hiebei gewonnenen Vergleichszahlen wären aber zu klein, um daraus Schlüsse ziehen zu können und dürften solche erst nach einer durch 7 Jahre fortgesetzten Untersuchung gewonnen werden.

Immerhin würden auch nach siebenjähriger Untersuchung in Folge des häufigen Wechsels in den Schulen nur eine geringe Anzahl für die vergleichende Beurtheilung übrig bleiben.

Es mussten darum die neu eingetretenen Schüler ebenfalls in den Kreis der Untersuchung und Beobachtung einbezogen werden. Auch so lassen sich im Laufe der Jahre grosse Zahlen gewinnen, welche sehr wohl eine Grundlage für die Beurtheilung und Schlussfolgerung hinsichtlich des Einflusses der Schreibweise auf Körper und Auge der Schulkinder bilden können.

Bericht über die Augen-Untersuchungen.

Erstattet von Oberstabsarzt Dr. Seggel.

Die Untersuchung der Augen wurde wie im vorigen Jahre von Herrn Privatdocenten Dr. Oeller und mir vorgenommen. Da in diesem Jahre noch die 3. Classe hinzukam, erhöhte sich die Zahl der zu untersuchenden Kinder beträchtlich gegen das Vorjahr und zwar von 2113 auf 2993. Von diesen 2993 Kindern waren 1547 Knaben, 1446 Mädchen. 954 waren in der 1., 1023 in der 2., 1016 in der 3. Classe; 1702 schreiben steil, 1291 schräg.

Es wurde Sehschärfe und Refraction beider Augen geprüft, bei der nachfolgenden Zusammenstellung aber nur das bessere Auge in Betracht gezogen, die Refraction wurde nicht nur optometrisch, sondern auch ophthalmoskopisch bestimmt und damit möglichst sicher festgestellt.

Das Ergebniss der Untersuchung lässt sich kurz in Folgendem zusammenfassen:

a) Bezüglich der Sehschärfe.

Hier herrscht fast vollständige Uebereinstimmung mit dem Vorjahr. Normale Sehschärfe fand sich nur bei

58 Proc. (57,7 Proc.)[1])

und war mit 62,3 Proc. (60,7) bei den Knaben wieder häufiger als bei den Mädchen mit nur 53 Proc. (54,3) Normalsichtigen. Von den Mädchen hatten heuer mehr Sehschärfe $^1/_2$ und $^1/_3$ als die Knaben, nämlich 20 gegen 13,6 Proc., während Sehschärfen von $^5/_6$ und $^6/_9$ sowie von $^1/_4$ und weniger sich ziemlich gleichviel bei Knaben und Mädchen fanden. Im vorigen Jahre war Sehschärfe $^2/_3$ und $^5/_6$ bei den Mädchen häufiger als bei den Knaben.

Ferner hatten die Schüler der 1. Classe wieder schlechtere Sehschärfen als die der 2. und 3., welch letztere beiden fast ganz gleiche Sehschärfewerthe zeigten, wie folgende Zusammenstellung ergiebt.

Classen	S $^6/_6$	$^5/_6$ u. $^6/_9$	$^6/_{12}$ u. $^6/_{18}$	$^6/_{24}$ u. $<$
I	54,8	17,7	21,2	6,3
II	59,8	19,7	14,8	5,7
III	59,0	21,0	14,8	5,2
Total	58,0	19,5	16,8	5,7

Der Unterschied war jedoch kein so grosser zwischen 1. und 2. Classe wie im Vorjahre, in welchem die 1. Classe nur 52, die 2. Classe dagegen 62,6 Proc. Normalsichtige hatte.

Dass die geringere Zahl der Normalsichtigen in den 1. Classen nur durch die Ungeschicklichkeit der kleinen Schüler im Lesen der Buchstaben bedingt ist, kann wiederum als zweifellos dargestellt werden.

In diesem Jahre habe ich auch die Sehschärfen für steil- und schrägschreibende Schüler getrennt berechnet. Es ergiebt sich hier nur als Unterschied, dass in den steilschreibenden Schulen etwas mehr normalsichtige, in den schrägschreibenden dagegen mehr mit Sehschärfe $^5/_6$ und $^6/_9$, also ebenfalls leidlichen Sehschärfen sind. Andererseits finden sich in den schrägschreibenden Schulen beträchtlich weniger Schüler mit herabgesetzter Sehschärfe zwischen $^1/_2$ und $^1/_3$.

Schreibweise	S. $^6/_6$	$^5/_6$ u. $^6/_9$	$^6/_{12}$ u. $^6/_{18}$	$^6/_{24}$ u. $<$
Steil	60,0	14,0	21,0	5,0
Schief	55,3	26,7	11,5	6,5

Der Unterschied zwischen beiden Schreibmethoden ist demnach kein erheblicher.

[1]) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Ergebnisse des Vorjahres.

Die häufigste Ursache der so vielfach herabgesetzten Sehschärfe ist abgesehen von der Ungeschicklichkeit der Kinder: Astigmatismus, in zweiter Linie Hornhautflecke, nur in vereinzelten Fällen intraoculäre Erkrankungen.

b) Hinsichtlich der Refraction

gestalten sich die Verhältnisse dagegen etwas anders als im Vorjahre. Es wurden nämlich bei der diesjährigen Untersuchung gefunden:

			1891	
Emmetropen	1805	= 60,3 Proc.		64,0 Proc.
Hypermetropen	633	= 21,1 „	„	22,4 „
Myopen	157	= 5,2 „	„	3,6 „
Astigmatismus	305	= 10,2 „	„	7,8 „
Anomalieen	93	= 3,2 „	„	2,1 „

Diese Verschiedenheit im Vergleich mit dem Vorjahre ist im Wesentlichen dadurch bedingt, dass heuer die 3. Classe hinzutrat, in der insbesondere die Zahl der Kurzsichtigen eine grössere war. Während sich nämlich in der

1. Classe nur 3,14
2. „ 4,3 Myopen fanden,

waren in der 3. „ schon 8,2 Proc. Myopen, also noch mehr Procent, als ich in meinem vorjährigen Berichte vorausgesetzt hatte, in dem ich nur 6—7 Proc. für die 3. Classe annahm.

Ein Procentsatz von 11—12 Proc. wird daher für die 4. Classe, die im nächsten Jahre untersucht werden wird, in Voranschlag genommen werden können.

Ich möchte hiebei jedoch bemerken, dass wie überhaupt von mir auch hier Myopie von 0,5 Dioptrieen schon als Kurzsichtigkeit gerechnet wurde.

Der Unterschied in den Refractionszuständen der drei untersuchten Classen gestaltete sich im Uebrigen analog dem vorjährigen. Nicht nur die Myopen sondern auch die Emmetropen nehmen mit aufsteigender Classe zu, letztere allerdings nur um geringe Procentsätze; die Hypermetropen nehmen dagegen ab, wie folgende Zusammenstellung ergibt:

Refraction.

Classe	H.	E.	M.
1	24,1	58,5	3,14
2	21,4	60,5	4,3
3	18,1	61,8	8,2

Zwischen den beiden Geschlechtern ergaben sich folgende Unterschiede:

Bei den Mädchen fanden sich etwas mehr Hypermetropen und Astigmatiker, weniger Emmetropen. Kurzsichtige und Anomalieen der Augen fanden sich bei beiden Geschlechtern procentuarisch nahezu gleich viel, wie folgende Zusammenstellung ergibt:

	H.	E.	M.	As	An	Summa
Knaben	310	972	85	131	49	1547
Mädchen	323	833	72	174	47	1449
	in Procent:					
Knaben	20,0	62,8	5,5	8,5	3,2	
Mädchen	22,3	57,6	5,0	12,0	3,1	

Im vorigen Jahre, in welchem nur die 2 untersten Classen untersucht wurden, hatten die Mädchen mehr Kurzsichtige als die Knaben, nämlich 4 Proc. gegen 3,3 Proc., während sie heuer sogar etwas weniger 5,0 Proc. gegen 5,5 Proc. haben. Es ist dies ebenfalls durch das Hinzutreten der 3. Classe bedingt, in welcher schon, wie dies in späteren Schuljahren noch mehr der Fall ist, bei den im eigentlichen Lernen stärker angestrengten Knaben die Zahl der Myopen eine höhere ist als bei den Mädchen. Die von den Mädchen ausgeführte Handarbeit ist nämlich weniger von Einfluss auf die Entstehung von Kurzsichtigkeit als Schreiben und Lesen, weil die Augen nicht dabei bewegt werden.

Was ferner den Unterschied der Refraction zwischen steil- und schrägschreibenden Schülern betrifft, so habe ich mich schon in meinem vorjährigen Berichte dahin geäussert, dass ein verwerthbares Ergebniss erst nach 7 Untersuchungsjahren gewonnen werden könne, und muss ich bei diesem Ausspruche stehen bleiben, trotzdem die Berechnung der Untersuchungsergebnisse auch in diesem Jahre zu Gunsten der Steilschrift zu sprechen scheint.

In den steilschreibenden Schulen fanden sich nämlich nur 4,8 Proc., in den schrägschreibenden dagegen 5,8 Proc. Kurzsichtige.

Es sind hiebei noch andere Verhältnisse zu berücksichtigen, vor Allem die Bevölkerungsschicht, welche zu einer Schule das grösste Contingent stellt. Nehme ich z. B. wie im Vorjahre zwei einzelne Schulen und zwar je eine steil- und eine schrägschreibende, nämlich die Domschule und die II. protestantische Schule von den 6 untersuchten Schulen heraus, so finde ich bei der ersteren steilschreibenden Schule 7 Proc. und bei der letzteren schrägschreibenden nur 3 Proc. Kurzsichtige, also gerade das umgekehrte Verhältniss wie bei der Gesammtheit. Die Domschule hat aber sicher nicht deshalb so viel Kurzsichtige, weil hier steil geschrieben wird, sondern weil in dieselbe vorzugsweise aus Beamten und Kaufmannsfamilien entsprossene, also hinsichtlich der Myopie erblich belastete Kinder gehen, während diese Belastung bei den Kindern der II. protestantischen Schule fehlt oder nur in geringer Ausdehnung vorhanden ist.

Ich glaube hiedurch wiederum gezeigt zu haben, wie unserem Urtheile in dieser Richtung noch Vorsicht und Zurückhaltung auferlegt ist, andererseits aber doch hervorheben zu können, dass unsere Untersuchungen manche interessante Aufschlüsse über Entstehung und Zunahme der Kurzsichtigkeit ergeben werden.

Casuistische Mittheilungen aus Hospitälern und aus der Praxis.

Exstirpatio uteri vaginalis wegen Cancroid der Portio übergegangen auf Scheide und Cervix. Von Dr. Stern in Freiburg i. B.

Patientin, hereditär nicht belastet, ist als Kind immer gesund gewesen. Die Menses traten im 17. Lebensjahre ein, waren regelmässig, reichlich, von 4—5tägiger Dauer. Heirat mit 22 Jahren, 5 lebende Kinder, Wochenbetten normal. Auf ihr jetziges Leiden wurde sie vor 6 Wochen aufmerksam, indem sich zu dieser Zeit ein 14 Tage anhaltender blutiger Ausfluss einstellte. Nachdem darauf 8 Tage lang kein Blut abgegangen war, trat eine abermalige Blutung auf, die bis dato angehalten hat, aber in den letzten Tagen geringer geworden war. Eine ärztliche Behandlung hat bis jetzt nicht stattgefunden. Patientin klagt seit 14 Tagen über Kreuzschmerzen und in Folge des starken Blutverlustes über Mattigkeit, Schwere in den Gliedern und Kopfschmerzen, zeitweise Sausen vor den Ohren und Flimmern vor den Augen. Appetit war stets gut, jedoch war der Ernährungszustand in den letzten 6 Wochen stark zurückgegangen.

Status: Mittelgrosse Frau, kräftig gebaut, blass. Combinirte Untersuchung in Chloroformnarkose nach Entleerung von Blase und Rectum ergiebt: Scheide weit und schlaff, Portio vaginalis besonders in Bezug auf die untere Lippe durch einen Tumor eingenommen, welcher leicht blutet und an einzelnen Stellen höckerig zerfallen ist. Die Geschwulst ist auf's Scheidengewölbe übergegangen; dasselbe fühlt sich infiltrirt und hart an, die Wand starr und verdickt. Durch das Speculum sieht man eine blumenkohlartige Geschwulst der unteren Lippe. Das Gewebe der letzteren ist sehr morsch, blutet stark bei Berührung; ebenso blutet es aus dem Cervix uteri. Letzterer ist beweglich und lässt sich bis zur Vulva herabziehen. An den Parametrien, Blase und Mastdarm ist nichts Abnormes zu constatiren.

Diagnose: Cancroid der Portio, übergegangen auf Scheide und Cervix.

Exstirpatio uteri vaginalis am 1. Februar 92.

Da Patientin durch die Blutungen stark heruntergekommen war, erschien der Puls wechselnd; die Narkose war leidlich. Das Operationsverfahren war das gewöhnlich übliche. Nach ausgiebiger Desinfection der Scheide und Ausräumung des Mastdarmes wurde Patientin in Steissrückenlage gebracht und zunächst mit dem scharfen Löffel die höckerige Geschwulstmasse ausgekratzt und entfernt; ebenso die in geringem Maasse auf's Scheidengewölbe übergegangene Ulceration. Dann wurde mit dem Thermocauter die Blutung selbst zum Stehen gebracht und das Curettement des Uterus selbst vorgenommen. Das Scheidengewölbe wurde freigelegt, das Collum an seiner hinteren Peripherie mit Kugelzangen gefasst und soweit als möglich an die Symphyse herabgezogen. Dicht an der Vaginalinsertion des Uterus wurde in der ganzen Breite der hinteren Peripherie die Portio umschnitten einschliesslich der nach rechts auf das Scheidengewölbe übergegangenen erkrankten Partie, das Peritoneum eröffnet. In den Douglas'schen Raum wurde der Zeigefinger eingeführt und mit der stark gebogenen Nadel Scheidenrohr und Peritoneum mittelst Kopfnähten von der Scheide aus vernäht. Dann wurde, stets unter sorgfältigster Blutstillung, nach links und nach rechts der Schnitt verlängert; Abbindung zunächst des linken, dann des rechten Ligamentum latum. Auch diese Fäden müssen das Peritoneum und Scheidengewölbe mit einander verbinden. Es folgt dann die Umschneidung an der vorderen Peripherie unter starker Vorziehung des Uterus nach hinten. Dann wurde mit den Fingernägeln der dicht mit dem Collum verbundene Theil der Blase zurückgeschoben und das Peritoneum durchgedrückt, dann exacte Vernähung der abgelösten Fläche mit der Scheidenwand. Nach sorgfältiger Blutstillung Herabziehung des Fundus mittelst Muzeux'scher Zange, nachdem wir uns vorher von der Grösse und Beweglichkeit des Uterus überzeugt hatten. An dem herabgezogenen Organ bemerkten wir, dass der Processus vermiformis an der Hinterwand adhärent war; derselbe wurde dann mit Catgutfäden unterbunden und abgelöst, und nun konnte das Corpus uteri ohne Mühe entwickelt werden. Hierauf wurden die Ligamenta lata beiderseits an ihrer Insertionsstelle am umgestülpten Uterus freigelegt, gleichzeitig mit den entfalteten Tuben und Ovarien in 2 Abschnitten unterbunden, an den Rand der Scheidenwand festgenäht und dann abgetragen. Entfernung des Uterus. Nachdem wir uns überzeugt hatten, dass die Blutung überall stand und das Peritoneum mit dem Scheidenrohr allseitig vernäht war, wurde der in den Douglas früher eingelegte, sterilisirte Gazestreifen durch einen neuen ersetzt und die Stümpfe durch einige Nähte bis auf eine kleine Wundöffnung zusammengezogen. Die Scheide wurde ebenfalls tamponirt. Der Verlauf war fieberfrei. Nach 4 Tagen wurde der Gazestreifen entfernt, die Wundfläche gereinigt; weitere Verheilung per primam. Als Nahtmaterial wurde durchweg Catgut genommen, nur die Abbindung der Ligamente geschah mit Seide.

Die Patientin stellt sich jetzt alle 4 Wochen vor und ist bis heute, fast ein Jahr p. oper., noch recidivfrei geblieben. Weitere

Fälle von vaginaler Exstirpation werde ich, da sie erst jüngeren Datums sind, später veröffentlichen.

Das Präparat wurde im hiesigen pathologischen Institut, wie folgt, beschrieben.

Es handelt sich um ein von der Portio ausgehendes Blumenkohlgewächs, seinem histologischen Charakter nach ein Plattenepithelkrebs; die Portio ist fast vollkommen von einer höckerigen Geschwulstmasse eingenommen, die an einzelnen Stellen bereits ulcerös zerfallen ist und ein eiteriges Secret nebst nekrotischen Massen abstreifen lässt. Die Geschwulst ist auf's Scheidengewölbe übergegangen, welches mehr oder weniger infiltrirt und durch harte Massen ausgefüllt ist. Die Wand des Scheidengewölbes ist starr, verdickt; in dem die Scheide umgebenden Bindegewebe lassen sich an verschiedenen Präparaten jedoch keine carcinomatösen Elemente nachweisen. Der untere Theil der Scheide, soweit er im Präparat vorliegt, ist frei, nach oben zu reicht die Geschwulst bis in den Cervicalcanal hinein; in letzterem befindet sich auch eine oberflächliche ulcerirte Stelle. Der Tumor endigt, makroskopisch betrachtet, in der Gegend des inneren Muttermundes. Er durchsetzt die ganze Dicke des Cervix, doch lassen sich in dem umgebenden Bindegewebe auch hier keine Geschwulstmassen mehr nachweisen. Am Corpus und Fundus uteri, von welchen Gegenden verschiedene Strichpräparate nur durchschnitten angefertigt wurden, war nichts von Krebszellen zu finden.

Feuilleton.

Zum 50. Geburtstag Otto Bollinger's.

2. April 1893.

Die Zeilen, welche diesem Tag gewidmet sind, wollen nicht ein Gedenkblatt sein, das die Verdienste des Gefeierten um die Wissenschaft in ausführlicher Weise würdigt, noch sind sie bestimmt, seine Wirksamkeit als Lehrer den Lesern dieser Zeitschrift darzulegen, von denen ja Viele ihre Ausbildung in seiner Schule erfahren haben und für welche ein Wort der Erinnerung an diesen Tag hinreicht, mit der Zeit ihres Studiums auch in Dankbarkeit ihres Lehrers zu gedenken, dem sie eine wichtige Grundlage ihres Berufes verdanken.

Nur im allgemeinsten Sinne möge ein Bild seines Wirkens skizzirt, mögen einzelne Züge erwähnt sein, welche aus der reichen Fülle seines Schaffens in besonders prägnanter Weise hervortreten.

Otto Bollinger, geboren den 2. April 1843 zu Altenkirchen in der Rheinpfalz, absolvirte seine medicinischen Studien an der Ludwigs-Maximilians-Universität zu München und begann seine wissenschaftliche Laufbahn, nachdem er 1868 promovirt hatte, unter Leitung des berühmten Pathologen Buhl. 1870 habilitirte sich Bollinger als Privatdocent an der Universität, folgte aber schon im Jahre 1871, nachdem er für die Zeit des Feldzugs seine Thätigkeit dem Vaterlande gewidmet hatte, einem ehrenvollen Rufe als Professor für pathologische Anatomie, Histologie und Physiologie an die Thierarzneischule in Zürich, wo er sich gleichzeitig als Privatdocent an der Universität habilitirte. Im Jahre 1874 wurde Bollinger nach München an die k. Thierarzneischule mit demselben Wirkungskreis wie in Zürich zurückberufen. Nachdem er noch im Jahre 1874 zum ausserordentlichen Professor an der Universität München befördert worden war, wurde er im Jahre 1880 als Nachfolger Buhl's auf den Lehrstuhl der pathologischen Anatomie und allgemeinen Pathologie berufen und zum Vorstand des pathologischen Instituts daselbst und Universitätsprosector ernannt. Die doppelte Wirksamkeit Bollinger's auf dem Gebiete der menschlichen wie der Thierpathologie ist es in erster Linie, die seinen gesammten Arbeiten jene Signatur verleiht, die wir in gleichem Grade bei keinem anderen Forscher wiederfinden: die Erweiterung des Gesichtskreises, wie sie nur aus dem vergleichend pathologischen Standpunkt hervorgeht und der man vielleicht nur die Förderung an die Seite stellen kann, welche die descriptive Anatomie durch die vergleichende gewonnen hat. Wie die letztere, auf die Errungenschaften der descriptiven Anatomie des Menschen und der Thiere sich stützend, nicht bloss aus denselben sich aufbaut, sondern durch ihre Verknüpfung neue Ideen und neue Grundanschauungen hervorbringt, so übte auch die vergleichende Pathologie tiefgehenden, belebenden Einfluss auf die Disciplinen, aus deren Erfahrungen sie hervorgeht.

Dass sie auf dieser Höhe steht, ist wesentlich mit ein Verdienst Bollinger's, dessen zahlreiche Arbeiten in dieser Richtung, namentlich auf ätiologischer Grundlage, gewirkt haben: als Beispiel mögen nur die Untersuchungen und Impfversuche über Tuberculose, Perlsucht und Scrophulose erwähnt werden. Von weiteren Arbeiten, die auf Grundlage der Vereinigung zweier Disciplinen entstanden, sind es namentlich die Forschungen über Zoonosen, jene Erkrankungen, welche vom Thier auf den Menschen übergehen und deren Darstellung in dem dritten Band von Ziemssen's Handbuch der specifischen Pathologie und Therapie niedergelegt ist. Sie enthalten neben der Zusammenstellung der diesbezüglichen wissenschaftlichen Erfahrungen zahlreiche neue Mittheilungen über die Infectionserreger, den Modus der Infection, den Verlauf und die Eigenthümlichkeiten der durch sie hervorgerufenen Erkrankungen, die auf Grundlage zahlreicher schon vorher veröffentlichter Forschungen entstanden sind.

Die in diesen Werken enthaltene besondere Rücksichtnahme auf die Verbreitung der Infectionskrankheiten, die Art der Infection und deren Prophylaxe weist uns auf eine andere für Bollinger's Forschen charakteristische Seite hin: das Bestreben, die Ergebnisse der wissenschaftlichen Untersuchungen für die allgemeine Gesundheitspflege direct nutzbar zu machen, deren Erfolg seinem Namen auch in der Geschichte der Hygiene eine dauernde Bedeutung verschafft. In Schrift und Wort hat der unermüdliche Forscher für die Klarlegung der Prophylaxe der Infectionskrankheiten gewirkt und ist für praktische Durchführung staatlicher Maassregeln eingetreten.

Diesen Bestrebungen verdankt die thierärztliche Hochschule München die Gründung und Einrichtung der Seuchenversuchsstation, ebenso ist Bollinger stets mit Nachdruck für die Einführung der thierärztlichen Fleischbeschau eingetreten und hat so diesen wichtigen Zweig der öffentlichen Gesundheitspflege begründen helfen. Abgesehen von vielen kleineren Aufsätzen besitzen wir von Bollinger noch Arbeiten und Darlegungen über die Aetiologie und Verbreitungsweise des Milzbrandes. Prophylaxis der Hundswuth, Verbreitung der Tuberculose, über die Verwendbarkeit des an Infectionskrankheiten leidenden Schlachtviehes, über Fleischvergiftung, über animale Vaccination, über Menschen- und Thierpocken u. A.

Wie schon aus Obigem zu entnehmen ist, bewegen sich die wissenschaftlichen Arbeiten Bollinger's vielfach auf ätiologischem Gebiet und an dem grossen Aufschwung, den die ätiologische Forschung in den letzten Jahrzehnten aufzuweisen hat, hat er wesentlichen Antheil. Er war es, welcher durch gelungene Impfversuche die ätiologische Einheit von Perlsucht, Tuberculose und eines grossen Theils der Scrophulose feststellte.

Für viele Thierkrankheiten hat er den Nachweis ihrer Entstehung durch Infection bewiesen, noch ehe Infectionserreger selbst bekannt waren. Von anderen hat er das specifische Virus aufgefunden: Actinomyces (1877), Bothriomyces, Bacterium der Pyelonephritis (1890).

Von zahlreichen anderen Arbeiten seien hier nur in Kürze erwähnt: die Entstehung der Wurmaneurysmen durch Strongylus armatus, die Kälberlähme, über Geflügelpocken und das Molluscum contagiosum des Menschen, über das Vorkommen und die Verbreitung der beim Menschen vorkommenden Bandwürmer.

Zu nicht geringerem Verdienst muss es ihm gerade in unserer Zeit angerechnet werden, dass er die ätiologische Forschung nicht nur gepflegt und gefördert, sondern auch auf die richtigen Bahnen gelenkt, und den nothwendigen Zusammenhang mit den anatomischen Methoden der Forschung stets im Auge behalten hat. Stets finden wir die Aetiologie in den diesbezüglichen Arbeiten im wahren Sinn des Wortes berücksichtigt, immer sind die gegenwärtig so oft vernachlässigten Momente der individuellen, zeitlichen und örtlichen Disposition, der Vererbung, sowie das ganze Gebiet innerer Krankheitsanlagen im vollen Umfange gewürdigt, was um so höher zu schätzen ist, als oft gerade durch diese Begriffe der Klarheit unserer Erkenntniss scheinbar Eintrag gethan wird. Gewiss ist es nur der klarsten und praktischsten Forschung möglich, diese Factoren da in Rechnung zu ziehen, wo manche Andere sie

entbehren zu können glaubten und mit der Auffindung eines Infectionserregers die Aetiologie eines Krankheitsprocesses für geklärt halten. So haben sich aus diesen Begriffen, welche früher nur Bezeichnungen für Lücken unseres Wissens waren, mehr und mehr concrete Anschauungen entwickelt.

Einen klaren Beleg hiefür liefern seine zahlreichen Untersuchungen über Entstehung, Verbreitung und Heilbarkeit der Tuberculose: als Hauptergebniss derselben finden wir die Entwicklung von der Lehre der Disposition, die Trennung derselben in ererbte und erworbene, die Feststellung von Ursachen, welche letzterer zu Grunde liegen und zum Theil in der allgemeinen Constitution, wie in localen krankhaften Processen der Lunge ihre Begründung finden, der wichtige Hinweis auf deren Beziehung zu den Gewerbekrankheiten und deren Prophylaxe; vor allem aber die Feststellung des Verhältnisses von Disposition und Infection, der Hinweis darauf, dass trotz der absoluten Nothwendigkeit der letzteren immer der Disposition eine wesentliche Bedeutung beizumessen ist, ja dass sogar in praktischer Beziehung letztere vielfach überwiegt.

Auch zahlreiche andere Gebiete sind durch seine Forschung bereichert worden, es seien noch erwähnt die Schriften über Zwerg- und Riesenwuchs, die Fohlenlähme, über eine neue Wild- und Rinderseuche, über Influenza bei Hausthieren und deren Beziehung zur menschlichen, über Vererbung, über traumatische Spätapoplexie, über Trichinenbeschau.

In seinen Studien über idiopathische Herzhypertrophie bei alkoholischer Plethora hat Bollinger das thatsächliche Vorkommen einer solchen neubegründet.

Bollinger ist Mitarbeiter einer grossen Zahl medicinischer Journale; auf dem Gebiete der Thierheilkunde sind speciell zu erwähnen die von Bollinger gemeinsam mit Strauck (1875) erfolgte Gründung der deutschen Zeitschrift für Thiermedicin und die Referate über Thierkrankheiten in den Jahresberichten von Virchow und Hirsch (1873—1879).

Nicht minder gross wie die Verdienste des Gelehrten sind die des unermüdlichen Lehrers. Wie sehr er es verstanden hat, auch andere zu wissenschaftlichen Arbeiten anzuregen und diese zu leiten, dafür geben die zahlreichen aus seinem Institut hervorgegangenen, die verschiedensten Themata behandelnden Arbeiten beredtes Zeugniss.

Alle, die unter seiner Leitung zu arbeiten das Glück hatten, alle, welche als Schüler in seiner unmittelbaren Nähe weilten, haben in ihm den zu jeder Zeit zu Rath und That bereiten Lehrer und Chef dankbar schätzen gelernt; sie alle vereinigen sich am heutigen Tage zu dem innigen Wunsche:

Ad multos annos! Schmaus.

Referate u. Bücher-Anzeigen.

Th. Rumpel: Bakteriologische und klinische Befunde bei der Cholera-Nachepidemie in Hamburg. (Aus dem neuen Allgemeinen Krankenhause in Hamburg-Eppendorf.) Deutsche med. Wochenschr. 1893 No. 7.

Der vorliegende im ärztlichen Verein zu Hamburg gehaltene, die dortige Nachepidemie und ihre bakteriologischen Ergebnisse behandelnde Vortrag von Rumpel (Directionsassistent) verdient besonderes Interesse, da er klarer als vieles Andere beweist, wie weit wir noch von einer vollen Erkenntniss selbst der bakteriologischen Verhältnisse bei Cholera entfernt sind.

Die Annahme einer eigentlichen „Nachepidemie" erscheint gerechtfertigt, da vom 8. December ab — zeitlich beginnend mit einem von Stettin aus eingeschleppten Falle — bis 23. Januar 60 sichergestellte Cholerafälle vorkamen, während in der vorausgehenden Periode von Mitte October bis Anfang December deren nur 2 zur Beobachtung gelangten. Von diesen 60 Fällen fanden 54 auf der Ericastation im Eppendorfer Krankenhause Aufnahme und hievon litten 29 = 53 Proc. an schwerer klinisch ausgesprochener Cholera. Die bakteriologischen Untersuchungen konnten zu dieser Zeit naturgemäss viel gründlicher gemacht werden, als zur Zeit der grossen Epidemie. Während aber am Ende der Hauptepidemie, als die Untersuchungen regelmässig in Gang gekommen waren, bakteriologischer und klinischer Befund jedesmal sich deckten, gelang es bei drei in jeder Beziehung vollständig typischen schweren Cholerafällen der Nachepidemie in keiner Weise, selbst nicht bei wiederholten, an 2 bis 4 Tagen nach einander ausgeführten Untersuchungen, auf den Platten Kommabacillen nachzuweisen. In allen 3 Fällen handelte es sich um vorher ganz gesunde, kräftige Personen. Dieselben wurden wegen des mangelnden Kommabefundes nicht als Cholera gemeldet. Verfasser hält aber trotzdem die Annahme von Cholera nostras bei so intensiven Fällen inmitten einer Choleraepidemie nicht für wahrscheinlich, sondern glaubt an echte Cholera, bei der es nur nicht gelang (trotz viermaliger Untersuchung) den Nachweis der Bacillen zu führen.

Interessanter ist eine Gruppe von Fällen mit „wechselndem Bacillenbefund", bei denen an einzelnen Tagen in den Dejectionen Choleravibrionen gefunden wurden, an anderen wieder nicht. Darunter waren zum Theil sehr schwere, tödtlich verlaufene Fälle, welche beweisen, dass auch bei typischer Cholera in den ersten Stadien der Nachweis der Cholerabacillen an einem oder selbst an mehreren Tagen nicht gelingen kann. (Die Erklärung für diese und die vorerwähnten negativen Befunde dürfte möglicherweise in dem durch Hüppe neuerdings hervorgehobenen schädigenden Einfluss der sauren Dickdarmsecrete auf die Choleravibrionen zu erblicken sein. Immerhin charakterisiren diese negativen Resultate die Schwierigkeit und Unzuverlässigkeit der bakteriologischen Choleradiagnose in manchen Fällen. Ref.)

Verfasser recapitulirt bei dieser Gelegenheit die Geschichte der Feststellung der Choleradiagnose in Hamburg im August 1892 und constatirt, dass mit der Feststellung weder Geheimrath Koch noch Stabsarzt Weisser etwas zu thun hatten, da letzterer erst am 23. August im Eppendorfer Krankenhaus eintraf, während schon am 22. August Director Rumpf auf Grund der vorgenommenen Untersuchungen dem Medicinalbureau Anzeige von dem Bestehen der Cholera asiatica erstattete.

Am wichtigsten sind schliesslich die Mittheilungen über eine Gruppe von Fällen, in denen Kommabacillen mit aller Sicherheit nachgewiesen wurden, ohne dass irgend welche Störung des Allgemeinbefindens bei den betreffenden Patienten bestanden hätte. Theils sind dies Fälle, bei denen in der betreffenden Familie, Wohnung oder auf demselben Schiffe schwere Choleraerkrankungen vorkamen, theils sind es sporadische, gewissermassen nur zufällig ins Krankenhaus aufgenommene Fälle. Im Ganzen umfasst die Gruppe leicht oder kaum Erkrankter 19 Personen; eine mehrtägige Diarrhöe bestand bei 10 Fällen, eine eintägige bei 6 Fällen, festen Stuhlgang mit Kommabacillen hatten 3 Patienten. Bei 3 anderen Patienten mit andauernd festem Stuhl waren tags zuvor im hygienischen Institut Kommabacillen nachgewiesen, obwohl diese Leute bestimmt angaben, auch ausserhalb des Krankenhauses keine Diarrhöen gehabt zu haben. Das Auftreten der Bacillen war meist nur vorübergehend, hielt aber auch 2 bis 3 Tage an.

Schliesslich berichtet Verf. noch über 2 Fälle, die nach kurzem Erkranktsein mit Erbrechen und Durchfall bei 7tägiger Beobachtung sich vollständig normal verhielten und keine Kommabacillen producirten, während dieselben in beiden Fällen am 7. Tage in den Dejectionen, in dem einen Falle fast als Reincultur erschienen. Dabei hatte gerade dieser Patient an den vorausgegangenen Tagen sich ungemein wohl gefühlt, fortwährend über Hunger geklagt und Zulage zu seiner Kost verlangt.

Zur richtigen Beurtheilung des Vorstehenden sei erwähnt, dass in der epidemiefreien Zeit vom 15. October bis 6. December bei 76 als choleraverdächtig eingelieferten Kranken in keinem Falle Kommabacillen nachgewiesen wurden. Es scheint sich demnach bei den obigen positiven Befunden von Komma's in den Dejectionen relativ Gesunder nicht um eine, in Hamburg etwa als Nachwirkung der grossen Epidemie fortexistirende allgemeine Durchseuchung mit Kommabacillen, sondern in der That um eine Theilerscheinung der Nachepidemie zu handeln.

Mit vollstem Recht bezeichnet es Verf. auf Grund dieses höchst auffallenden Befundes „als ungemein erwünscht, wenn man auf der Höhe einer künftigen Epidemie durch Untersuchen der Dejectionen von anscheinend Gesunden sich einen ungefähren Begriff davon machen könnte, in welchem procentualen Verhältniss zu den wirklich Erkrankten diese Infectionen mit dem Kommabacillus ohne Krankheitserscheinungen überhaupt vorkommen“. Dadurch würden hoffentlich die Uebertreibungen der herrschenden einseitig contagionistischen Theorie an den Tag gebracht und es würde der durch letztere gross gezogenen, über das richtige Ziel weit hinausgehenden Angst vor dem Kommabacillus indirect entgegengearbeitet werden können. Allerdings für die strengen Contagionisten, bei denen zur Entstehung einer Epidemie nur der Kommabacillus gehört und nichts weiter, mögen derartige Untersuchungen wenig Verlockendes haben. Denn was soll aus dem Begriffe des „choleraverdächtig“ werden, auf den sie ihre gegen die Cholera gerichteten Maassregeln ausschliesslich aufbauen, wenn auch der Gesunde Tage und Wochen lang den gefährlichen Keim mit sich herumtragen und dann gelegentlich irgendwo undesinficirt deponiren kann. (Ref.) Buchner.

Dr. O. v. **Büngner: Zur Wahl der Einstichstelle bei der Jodoforminjection in das tuberculös erkrankte Hüftgelenk.** Centralbl. für Chir. 1892. No. 51.

Nachdem durch die Arbeiten von Bruns, Krause u. A. die antituberculöse Wirkung des Jodoform nicht nur bei kalten Abscessen, sondern auch bei tuberculösen Gelenkerkrankungen erwiesen, bespricht B. die Frage, wie soll man die Injection bei dem uns in praxi am häufigsten begegnenden tuberculösen Gelenkleiden, der Coxitis ausführen und schildert zunächst das von Krause angegebene Verfahren, das er aber nicht für das einfachste, auch nicht immer für leicht auszuführen erachtet; besonders ist daran misslich, dass eine ganz bestimmte Stellung des Beines zum Becken verlangt wird, wie sie sich bei der Coxitis nicht immer erzwingen resp. beliebig herstellen lässt. Nach v. B. ist das von Küster seit 3 Jahren geübte Verfahren weit sicherer und einfacher. Danach bestimmt man palpatorisch auf der betreffenden Seite die Kreuzungsstelle der Arteria femoralis mit dem horizontalen Schambeinast und sticht in der von dieser Kreuzungsstelle zur Spitze des Trochanter major gezogenen Geraden am Innenrande des Sartorius in sagittaler Richtung direct in das Hüftgelenk ein. Es ist dies die Stelle, wo man bei mageren Leuten zumal bei leichten Bewegungen so leicht den Schenkelkopf sieht, wo es bei Coxitis zu sichtbaren oder doch fühlbaren Schwellungen kommt und der Weg in's Hüftgelenk ist der kürzeste und directeste, die Verletzung irgend eines wichtigen Gebildes der Unterleistengegend ist dabei ausgeschlossen. Die Leichenversuche, die v. B. zur Prüfung des Verfahrens anstellte, ergaben, dass die an 25 Leichen auf der einen Seite nach Krause'scher Methode, auf der anderen Seite nach Küster'scher Einstichmethode (Injection von 10 g blauen Leimes) vorgenommene Injection nach Küster's Verfahren ausnahmslos in vollständiger Weise gelang, während nach Krause's Methode das Instrument 6 mal überhaupt nicht an das Hüftgelenk, sondern nur bis in die Nähe des Gelenks vordrang und in den 19 gelungenen Injectionen die Injectionsmasse meist das untere Theil des Caput und Collum, sowie des Acetubulum frei liess.

Von kräftiger Massage und passiven Bewegungen (zur Vertheilung des Jodoformglycerins) räth v. B. ab, da hiedurch die Mikroorganismen mit den zerriebenen Zerfallsproducten der Tuberkel in den Kreislauf gerathen und Metastasen verursachen könnten, auch wird eine grosse ca. 10 g fassende Pravaz'sche Spritze mit 5—7 cm langer, 1 mm dicker Canüle dem Troicar vorgezogen, da durch letzteren Knorpelsprengungen hervorgerufen werden können. Vorhergehende Ausspülungen der Gelenkhöhle unterlässt v. B. und injicirt 5—10 g einer 20 proc. Jodoformglycerinaufschwemmung ohne Weiteres in die Gelenkhöhle; wo man es dagegen mit Abscessbildung innerhalb oder in der Umgebung des Gelenkes zu thun hat, wird zunächst die betreffende Flüssigkeit abgelassen oder aspirirt und dann von der 20 proc. Jodoformaufschwemmung so viel injicirt, dass die entleerte Gelenk- oder Abscesshöhle wieder mässig gefüllt ist. Die parenchymatösen Injectionen werden in Zwischenräumen von ca. 8 Tagen, die Einspritzung in die erweiterte Gelenkhöhle oder in periarticuläre Abscesse in 2—4 Wochen wiederholt. Schr.

Dr. J. **Uffelmann**, Professor der Medicin an der Universität Rostock: **Kurzgefasstes Handbuch der Kinderheilkunde**, mit besonderer Rücksicht auf Aetiologie, Prophylaxis und hygienisch-diätetische Therapie für Aerzte und Studierende. Mit 7 Holzschnitten. Wien und Leipzig, 1892.

Angesichts der zahlreichen Lehr- und Handbücher der Kinderheilkunde, die in den letztverflossenen Jahren in die Oeffentlichkeit getreten sind, darf man wohl voraussetzen, dass ein neu erscheinendes Werk dieser Art einen besonderen Zweck verfolgt, aus dem es seine Existenzberechtigung herleitet. Und dies ist in der That der Fall in dem vorliegenden Buche. Wie schon der Titel desselben anzeigt, sind es die prophylaktischen sowie die hygienisch-diätetischen Maassnahmen, die hier durchgehends eine ausführlichere und einlässlichere Darlegung gefunden haben, als dies sonst zu geschehen pflegt. Wiederholungen, die sich aus der planmässigen Durchführung der bezeichneten Tendenz an verschiedenen Stellen ergaben, könnten in einer künftigen Auflage leicht vermieden werden.

Das Werk beginnt mit einem kurzen Abriss der Physiologie des Kindes; sodann wird die Hygiene des gesunden, weiterhin die Symptomatologie, Diätetik und Therapie des kranken Kindes im Allgemeinen, sowie die Morbidität des Kindesalters besprochen; erst nach dieser umfassenden Einleitung folgt in 8 Abschnitten die Darstellung der einzelnen Krankheitsformen; ein 9. (Schluss-) Capitel handelt von den sogenannten „Schulkrankheiten“ (Myopie, Skoliosis, habitueller Kopfschmerz, habituelles Nasenbluten, Nervosität und Psychosen; als Anhang: der Kropf).

Zu den trefflichsten Abschnitten des Werkes zählt der über „das kranke Kind im Allgemeinen“ (mit den oben angeführten Unterabtheilungen); er schliesst mancherlei praktisch-werthvolle Angaben in sich, zumal in Betreff der arzneilichen Behandlung.

Auffallend ist es, dass weder in der Diätetik des gesunden, noch in der des kranken Kindes irgend welche Erwähnung geschieht von einem Nahrungsmittel, das — richtig angewandt — von höchstem Werthe, ja in gewissen krankhaften Zuständen des Kindes geradezu unentbehrlich ist — wir meinen: die Liebig'sche Suppe. An Bedeutung für die Ernährung der Säuglinge, namentlich der späteren Lebensmonate, übertrifft die Liebig'sche Suppe bei weitem das „künstliche Rahmgemenge“, für welches Verfasser eine Vorliebe zeigt, die keineswegs allgemein getheilt wird. Vollste Beachtung verdient, was Prof. Uffelmann bezüglich des Gebrauchs der Kindermehle anführt; er verlangt nämlich, unter Berufung auf physiologische Gründe, dass man diese Mehle, wenn überhaupt, nur bei Kindern, die bereits in den 10. Lebensmonat eingetreten sind, zur Anwendung bringe; dieses Verlangen steht durchaus im Einklang mit der ärztlichen Erfahrung.

Es gereicht dem Buche zum besonderen Vorzug, dass gewissen Krankheiten und hervorstechenden Krankheitssymptomen, die anderwärts nur flüchtig berührt oder gänzlich umgangen sind, hier eine eingehendere Würdigung zu Theil geworden; wir nennen vor Allem die Abhandlung über die Schulkrankheiten, die Capitel über das Impferysipel, über multiple Pseudofurunkel, über Salivation, nächtlichen Reizhusten, Harndrang u. s. w. Entsprechend der vorwiegend praktischen Richtung des Werkes nimmt die Therapie eine hervorragende Stelle darin ein. Durch Hinweglassung alles Ueberflüssigen konnten die bewährten Heilmethoden mit um so grösserer Gründlichkeit und Ausführlichkeit dargelegt werden.

Auf Einzelheiten können wir hier nicht näher eingehen, nur bei einigen Punkten möchten wir noch kurz verweilen.

Die Veränderungen der Zunge besprechend bemerkt Verf. u. A.: „Eine eigenthümliche Zeichnung der Zunge be-

wirkt die Leukoplakia oder Pityriasis linguae, insofern sie weisse gekrümmte Streifen oder Inseln auf der sonst normalrothen Zungenoberfläche bildet; gesundheitlich ist sie von keiner Bedeutung.“ Hier liegt offenbar ein terminologischer Irrthum vor. Was Verf. schildert, ist die in der That völlig harmlose „Landkartenzunge“ (kreisfleckige Exfoliation), während man unter Leukoplakie bekanntlich jene (meist durch Syphilis oder Tabakmissbrauch erzeugte) Veränderung begreift, die — auf Wucherung und Verdickung des Pflasterepithels beruhend — sich durch umschriebene oder diffuse weisse Flecken äussert. Unter den Ursachen der Salivation hätten ausser den angeführten noch Erwähnung verdient: die diphtherische Schlundlähmung (paralytischer Speichelfluss), die Otitis media und die Anwesenheit von Entozoen im Darmcanale (reflectorischer Speichelfluss). In der Aetiologie der Chorea (die im Ganzen vorzüglich bearbeitet ist) vermissten wir die Angabe, dass der Veitstanz nicht allein nach Rheumatismus, sondern — wenn auch seltener — nach anderen Infectionskrankheiten, insbesondere nach Scharlach beobachtet wird. Interessant ist die Mittheilung, dass in einem Falle Demme's die Chorea im Anschluss an eine Jodoformintoxication auftrat. Zum Capitel der Schulkrankheiten möchten wir ergänzend auf den bisher noch wenig beachteten Vomitus nervosus hinweisen. Es ist ein nicht allzu seltenes Vorkommniss, dass Kinder, namentlich solche von neurasthenischer Anlage, während der Morgenstunden in der Schule von Uebelkeit und Erbrechen befallen werden — eine Erscheinung, die bei mehr oder minder regelmässiger Wiederkehr in manchen Fällen Monate lang fortdauert, bisweilen mit habituellem Kopfschmerz verbunden ist, oft aber auch ohne diesen sich einstellt; die Kinder bieten dabei keinerlei Digestionsstörungen dar und das Erbrechen sistirt vollständig zur Zeit der Schulferien.

Für das Anfangsstudium der Kinderheilkunde dürfte sich unter den vorhandenen Werken wohl keines besser eignen, als das vorliegende, das in seiner concisen Fassung ein übersichtliches, klar entworfenes Bild des heutigen Standes der betreffenden Disciplin vor Augen stellt. Wertheimber.

1) Dr. **Johannes Gad,** a. o. Professor der Physiologie an der Universität Berlin: **Reallexikon der medicinischen Propädeutik.** (Anatomie, Physiologie, Histologie. Pathologische Anatomie, Allgemeine Pathologie, Bacteriologie, Physiologische Psychologie, Medicinische Chemie, Physik und Zoologie.) Repetitorium für Studirende und praktische Aerzte. Wien und Leipzig, Urban und Schwarzenberg.

2) Dr. **Anton Bum** und Dr. **M. T. Schnirer: Diagnostisches Lexikon für praktische Aerzte.** Wien und Leipzig, Urban und Schwarzenberg.

Die Form des Wörterbuchs für Handbücher der medicinischen Wissenschaften ist eine alte, sie wird nur in neuerer Zeit auffallend häufig benützt. Der unleugbar grosse Erfolg, den Eulenburg's Realencyclopädie gehabt hat, ist wohl eine Hauptursache dieser Häufigkeit. In der That ist die hohe praktische Brauchbarkeit als erwiesen anzusehen, zumal wenn die Handwörterbücher sich, wie das Eulenburg'sche Unternehmen, mit jährlichen Supplementbänden zu Jahrbüchern auswachsen und so jährlich regeneriren. Ob vom streng wissenschaftlichen Standpunkt betrachtet, die Form der willkürlichen alphabetischen Aneinanderreihung einzelner Artikel dieselbe Höhe erreichen kann, wie die im logischen Zusammenhang gegebene Darstellung der gewöhnlichen Handbuchform, ist eine schwer zu entscheidende Frage. Die schärfste Probe eines solchen Handwörterbuches würde sein, wenn man am Schluss bei Zusammenstellung der einzelnen zerstreuten Abhandlungen ein vollständiges und innerlich zusammenhängendes Ganzes bekommen würde. Diese Probe aufs Exempel ist bei den obengenannten beiden Werken noch nicht zu machen, da von denselben erst der kleinere Theil vorliegt. So viel lässt sich aber schon jetzt nach Einsicht der bisher erschienenen Lieferungen mit Sicherheit sagen, dass sowohl die Einzelartikel die nöthige wissenschaftliche Gründlichkeit als auch der gesammte Plan eine grosse praktische Brauchbarkeit erkennen lassen.

Was zunächst das Reallexikon der medicinischen Propädeutik anlangt, so bürgt schon der Name Gad's, des Herausgebers, für die Bedeutung des Unternehmens. Ihm haben sich eine Reihe angesehener Gelehrter angeschlossen, zum grossen Theil jüngerer Männer, welche sich bereits einen geachteten Namen gemacht haben, theils schon länger in der Wissenschaft bewährter Forscher, wie Exner, Frommann, Riess, Samuel, Veit u. a. Die einzelnen Artikel zeichnen sich durch Kürze und Präcision bei grosser Reichhaltigkeit des Inhalts aus. Die Ueberschriften derselben, die sogenannten Stichwörter, sind gut und praktisch gewählt, so dass eine sichere Orientirung bei Benützung des Lexikons gewährleistet ist. Bei Synonymen ist meistens in zweckmässiger Weise auf den gebräuchlichsten Ausdruck verwiesen. Aus der 1. Lieferung, welche wohl am leichtesten den praktischen Arzt als „Probelieferung“ zugänglich sein dürfte, seien die grösseren Artikel von Latschenberger über Absorptionsverhältnisse der Blutfarbstoffe, von Günther über den Bacillus des Abdominaltyphus, von Veit über die Abdominalgravidität, von Rawitz über die Abstammung des Menschen hervorgehoben. Die bis zur 10. vorliegenden Lieferungen lassen mit Bestimmtheit erwarten, dass das Werk seine Bestimmung, ein Repetitorium für Studirende und praktische Aerzte zu sein, voll und ganz erfüllen wird. Recensent kann nur wünschen, dass diejenigen, für die es bestimmt ist, den ausgedehntesten Gebrauch von der Gelegenheit machen, ihre Kenntnisse in den Naturwissenschaften wieder aufzufrischen. Möge der voraussichtlich ziemlich beträchtliche Umfang (die 10. Lieferung ist noch beim Buchstaben B) kein Grund sein, dass der ausgesprochene Wunsch ein frommer bleibt!

Das zeitlich früher begonnene und bereits bis zur 20. Lieferung (Buchstaben E) vorgeschrittene diagnostische Lexikon führt auf seinem Titel eine grosse Zahl hochgeachteter Namen, unter denen wir nur die von Benedikt, Eulenburg, P. Guttmann, Th. Husemann, Landerer, Loebisch, Stintzing hervorheben wollen. Das Werk hat sich die Aufgabe gesteckt, den praktischen Arzt durch eine präcise Darstellung sämmtlicher Untersuchungsmethoden, sowie der mit denselben zu gewinnenden Erscheinungen bei der Stellung der Diagnose zu unterstützen. Soweit sich bis jetzt übersehen lässt, wird es diese Aufgabe erfüllen, indem es dem Arzt in den Gebieten, in welchen er Zweifel hat, neben der gründlichen, vor allen Dingen eine rasche Orientirung ermöglicht. Von einzelnen grösseren Arbeiten sei hervorgehoben die Abdomenuntersuchung und die verschiedenen Artikel über die Anomalien des Blutes von Stintzing, welche uns in gedrängter Form ein vollständiges und klares Bild von den neueren Errungenschaften auf dem Gebiete der Blutkrankheiten geben. Weiter ins Einzelne einzugehen, würde bei einem so viel gestaltigen Buch zu weit führen. Wir müssen uns begnügen, darauf hinzuweisen, dass die Uebersichtlichkeit und Vollständigkeit im Allgemeinen, neben der Präcision und Gründlichkeit im Einzelnen auch bei diesem Lexikon garantirt ist. Nur das Eine sei noch hervorgehoben, dass eine nicht geringe Zahl instructiver Abbildungen dem Zweck des Buches sehr zu statten kommt. Man darf deshalb wünschen und wegen seines praktischen Nutzens wohl auch erwarten, dass das diagnostische Lexikon unter den Aerzten sich zahlreiche Freunde erwerben wird. Penzoldt.

Beiträge zur Chirurgie. Festschrift, gewidmet Theodor Billroth von seinen dankbaren Schülern. Stuttgart, Enke, 1892.

(Schluss.)

18) Hinterstoisser: **Beitrag zur Lehre vom Schilddrüsenkrebs.**

Zusammenstellung von 50 Fällen von Schilddrüsenkrebs aus dem Wiener pathologischen Institut.

19) Sattler: **Ueber die eigentlichen Sehnerventumoren und ihre chirurgische Behandlung.**

Die weitaus überwiegende Mehrzahl aller Sehnervengeschwülste gehört den Myxofibromen an. S. hat 4 hierhergehörige Fälle beobachtet; 3 derselben wurden von S. operirt und einer genauen histologischen Untersuchung unterworfen, der 4. wurde nur pathologisch-anatomisch untersucht.

Ungleich seltener als die Myxofibrome sind b) die Gliosarkome und c) die Endotheliome der Opticusscheiden.

Die allen Sehnerventumoren gemeinschaftlichen Hauptsymptome sind:

1) Die langsam aber stetig zunehmende Protrusion des Augapfels.
2) Die Erhaltung einer relativ guten Beweglichkeit.
3) Frühzeitige Beeinträchtigung, bezw. völliger Verlust des Sehvermögens.
4) Stauungspapille.
5) Fehlen von subjectiven Lichterscheinungen und Schmerzhaftigkeit.
6) Directer Nachweis einer mit dem Bulbus zusammenhängenden Geschwulst von meist Tauben-, bezw. Hühnereigrösse.

Die Myxofibrome und Gliosarkome bevorzugen in auffälliger Weise das kindliche Alter, die Endotheliome kommen häufiger in den späteren Lebensaltern vor.

Die Prognose der Myxofibrome ist eine durchaus gute. Recidive nach der Operation wurden bisher nicht beobachtet, nicht einmal bei den Tumoren, wo es zweifelhaft blieb, ob alles Krankhafte entfernt war. Gliosarkome und Endotheliome geben dagegen eine schlechte Prognose.

20) Thausing: **Die Therapie der Coxitis tuberculosa an der Klinik des Herrn Hofrathes Billroth.**

Die Coxitisbehandlung ist an der Billroth'schen Klinik eine wesentlich conservative, vermittelst der Gypshose, deren Technik genauer beschrieben wird. Die Resultate sind durchaus befriedigende. Bei Abscessen Punction und Jodoforminjection. Erst profuse Secretabsonderung, wachsender Kräfteverfall, Temperatursteigerungen auf 38,5, Schmerzen, die durch die Extension oder Gypshose nicht behoben werden, endlich Beckenabscesse indiciren die Resection.

21) Fabricius: **Ueber den Verschluss des Schenkelcanales bei Operationen von Schenkelhernien.**

Ein neues Verfahren, dessen Hauptmomente folgende sind: Spaltung der Haut, der Fascia superficialis, des oberflächlichen Blattes der Fascia lata, Ausräumung des im Schenkelcanal befindlichen Fettes, sowie der Lymphdrüsen. Dann Abziehen der Gefässe stark nach aussen über die Eminentia ileo-pectinea. Entspannung des Poupart'schen Bandes durch Ablösung, Vernähen desselben möglichst weit nach rückwärts am horizontalen Schambeinaste, wobei die Naht auch durch das Periost geführt wird. Endlich Einscheidung der Gefässe, indem der laterale Theil des oberflächlichen Blattes der Fascia lata über die Gefässe gezogen und an die Fascia pectinea angenäht wird.

Verfasser hat das Verfahren bisher nur an der Leiche geübt.

22) v. Eiselsberg: **Weitere Beiträge zur Lehre von den Folgezuständen der Kropfoperationen.**

Verfasser hat über 46 bereits von Wölfler veröffentlichte Fälle von Kropfoperationen weitere Erkundigungen eingezogen und weiter die in den Jahren 1885—92 Krepfoperirten in Bezug auf ihr ferneres Ergehen untersucht. Das Material theilt sich in folgende Gruppen:

1) Totalexstirpationen: 52 Fälle. An den Folgen der Operation starben 3. Von 33 liegen aus späterer Zeit Nachrichten vor: 10 sind gesund geblieben, 23 sind an Folgezuständen erkrankt (12 Tetanie, 11 Cachexia strumipriva). Von den Gesundgebliebenen hatten 7 ein Kropfrecidiv, 3 nicht. Für die letzteren muss man wohl annehmen, dass Schilddrüsenreste zurückgeblieben sind, welche sich der Untersuchung entziehen. Andererseits hatten von den 11 an Cachexie erkrankten 3 ein Recidiv; für diese muss man sich mit der Erklärung helfen, dass das Recidiv colloid entartet sei.

2) Exstirpation von mehr als 4/5 des Kropfes: 12 Fälle. 5 gestorben (1 an Tetanie, 4 an Collaps, Sepsis, Pneumonie); 4 an Tetanie erkrankt (später geheilt, bezw. gebessert); 3 geheilt und gesund geblieben.

3) Partielle Exstirpationen mit Zurücklassung von mindestens 1/4 des Kropfes: 47 Operationen mit 42 Heilungen; ein einziges Mal ganz leichte Tetanieerscheinungen.

4) Enucleationen von Kropfknoten: 40 Fälle mit 28 Heilungen. In einem Falle Tetanie, die auch schon vor der Operation bestanden hatte.

5) Ligaturen der Arterie und anderweitige Eingriffe (Punctionen, Jodinjectionen, Incisionen von Strumitiden). Wichtig ist ein Fall von Vereiterung einer Struma, nach welcher sich ausgesprochen tetanische Erscheinungen einstellten.

Durch Thierexperimente hat v. E. schon früher nachgewiesen, dass bei Entfernung von etwa 4/5 des Organs Tetanie eintritt, die jedoch nicht jedesmal tödtlich endet, während die nach Totalexstirpation auftretende Tetanie stets einen tödtlichen Verlauf nimmt. In einer neuen Versuchsreihe weist Verfasser nach, dass es bei der Katze für das Zustandekommen der Tetanie von Wichtigkeit ist, ob das zurückgelassene Stück am oberen Pol (Arterieneintritt) oder am unteren (Arterienaustritt) belassen wird. Im ersten Fall tritt seltener, bezw. eine leichtere Form der Tetanie auf.

23) v. Rosthorn: **Beiträge zur Kenntniss der Tuboovarialcysten.**

Auf Grund sorgfältiger Literaturstudien und einer Reihe eigener Beobachtungen kommt Verfasser zu dem Schluss, dass als Vorbedingung für die Entstehung der Tuboovarialcysten immer die entzündliche Veränderung der Gebärmutteranhänge und deren Bauchfellüberzuges anzunehmen ist. Von einer congenitalen Ovarialtube wurde bis jetzt beim Menschen Nichts constatirt. Ovarialcysten können mit einer schon vorher angelötheten kranken Tube durch Eiterung oder durch Druckatrophie der gedehnten Zwischenwand in Communication treten. In den Fällen, wo man die Fimbrien an der Innenfläche der Cystenwand findet, muss man annehmen, dass die vorher schon abnorm gelagerte Tube mit ihrem Pavillon während des Ovulationsprocesses in den hierbei geplatzten Follikel hineingeschlüpft ist.

24) Czerny und W. Rindfleisch: **Ueber die an der Heidelberger chirurgischen Klinik ausgeführten Operationen am Magen und Darm.**

Magenresectionen 19 (an 18 Patienten); 7 gestorben. Wegen Carcinom resecirt 12 (an 11 Patienten): 5 gestorben, 7 geheilt, 2 leben noch 15 und 26 Monate nach der Operation ohne Recidiv. Der Magenkrebs soll nicht mehr radical operirt werden, wenn man ihn als Tumor fühlen kann. Wegen gutartiger Stenose resecirt 5; 2 gestorben, 2 leben noch nach 4 und 10 Jahren in voller Gesundheit; 1 am Recidiv gestorben. Zwei elliptische Excisionen geheilt.

Gastroenterostomien 20. Wenn man nur diejenigen Kranken als genesen bezeichnet, bei denen der Wundheilungsprocess beendet und wenigstens einige Tage normale Ernährung möglich gewesen ist, so sind nur 12 genesen. Operirt sollen nur diejenigen werden, welche es nach der Operation noch 8 Tage ohne Nahrung mit Nährklystiren auszuhalten vermögen. Der Senn'schen Plättchenmethode stehen die Verfasser sehr skeptisch gegenüber.

Von 10 Probeoperationen sind 3 gestorben, ein Beweis gegen die Ungefährlichkeit dieses Eingriffes.

Darmresectionen wegen bösartiger Geschwülste 10; 5 gestorben, 4 leben noch nach 6, 15, 19 Monaten und 6 Jahren in voller Gesundheit.

Von 11 tuberculösen Darmtumoren wurden 8 typisch resecirt (Resection des Ileocoecaltheiles) und von diesen 7 geheilt.

Wegen Invagination wurde 5 mal operirt und 4 mal grössere Darmstücke resecirt. Alle Patienten wurden geheilt.

Eine Enteroanastomose wegen Stenose der Ileocoecalklappe nahm einen letalen Ausgang.

Darmnähte und Resectionen wegen Kothfisteln 7; 6 geheilt.

Technische Einzelheiten der Magen- und Darmresectionen werden genauer besprochen.

25) A. v. Winiwarter: **Zur Chirurgie der Gallenwege.**

Eine Reihe von Beobachtungen auf dem Gebiete der Gallenwegechirurgie veranlassen den Verfasser, seine Anschauungen über diesen Gegenstand näher darzulegen, Anschauungen, die sich in vielen Hauptpunkten an die in dieser Wochenschrift vor einiger Zeit besprochenen Anschauungen Riedel's anschliessen. Für v. W. ist die Existenz von Gallensteinen die Indication zu ihrer operativen Entfernung: die Operation soll möglichst früh ausgeführt werden. Die Normaloperation soll die Cholecystostomie sein. Bei Impermeabilität der Gallenwege empfiehlt Verfasser dringend die bekanntlich von ihm zuerst ausgeführte Cholecystenterostomie. Die Technik derselben wird genau erörtert; sie lässt sich mit einem hohen Grade von Sicherheit ausführen.

26) F. A. Salzer: **Ueber Darmausschaltung.**

Unter lokaler Darmausschaltung versteht S. die Ausschneidung eines mehrere Centimeter langen Stückes Darmrohr aus dem übrigen Darmcanal mit Schonung des zugehörigen Mesenterialansatzes derart, dass das ausgeschnittene Darmstück an seinen Enden zugenäht oder mit denselben in die Bauchwunde implantirt, im Wesentlichen in der früheren Lage verweilt.

Im Thierexperiment hat sich die vollständige Occlusion des ausgeschalteten Stückes als nicht absolut gefahrbringend erwiesen; beim Menschen möchte S. im Allgemeinen die Anlegung einer distalen Fistel empfehlen. In Betracht kommt das Verfahren der Darmausschaltung bei einer Reihe von Erkrankungen, besonders solchen mit Fisteln einhergehenden, vornehmlich des Coecums. Am Menschen hat S. noch nicht zu operiren Gelegenheit gehabt, doch berichtet er über einige Fälle anderer Autoren.

27) Schüttler: **Das neue Billroth'sche Verfahren zur Behandlung intraperitonealer Echinococcen.**

Den bisherigen Behandlungsmethoden der Bauchechinococcen, den einzeitigen sowohl wie den zweizeitigen, haften zwei Nachtheile an, die lange Heilungsdauer und das Auftreten von Bauchhernien in der Narbe. Billroth hat in neuerer Zeit diese Nachtheile zu vermeiden gesucht dadurch, dass er den incidirten Sack nach sorgfältiger Reinigung desselben mit Jodoformglycerin (1 : 10) ausgoss, ihn hierauf durch fortlaufende Naht verschloss und in die Bauchhöhle versenkte. Von 5 in dieser Weise behandelten Echinococcen der Leber und Milz nahmen 4 einen reactionslosen Verlauf, bei dem 5. (es handelte sich um einen abgestorbenen Echinococcus) trat Eiterung ein, von der noch eine Fistel zurückgeblieben ist.

In ähnlicher Weise sind schon Knowsley Thornton und König vorgegangen.

28) Wölfler: **Zur Radicaloperation des freien Leistenbruches.**

Das W.'sche Verfahren der Radicaloperation des Leistenbruches schliesst sich in manchen Punkten an das von Bassini an, ist aber unabhängig von dem letzteren erdacht worden. Es besteht aus folgenden Arten:

1) Blosslegung der äusseren Bruchpforte.
2) Blosslegung des Leistencanals, des Samenstranges, des Bruchsackes und der inneren Bruchpforte.

3) Verschluss des Bruchsackhalses und Verschorfung der inneren Bruchsackfläche (der Bruchsack wird nicht exstirpirt).

4) Dislocation des Samenstranges aus dem Leistencanal zwischen die beiden Musc. recti.

5) Beseitigung des Bruchcanales durch Naht der Muskelschichten.

Die einzelnen Akte sind durch sehr gelungene Zeichnungen veranschaulicht. Akt 4 wurde erst in der letzten Zeit dem Verfahren hinzugefügt. Die Resultate W.'s sind ausgezeichnete.

29) Gleich: **Bericht über die an der Klinik Billroth seit dem Jahre 1884 operirten Hydrocelen.**

Als Operationsmethode der Hydrocele steht an der Billroth'schen Klinik fast ausschliesslich die Punction und nachfolgende Injection von zwei Theilen Tinctura Jodi und einem Theil destillirten Wassers in Verwendung. Dieselbe ergiebt bei Männern in den mittleren Jahren recht gute Resultate (1/7 Recidive). Bei jungen Leuten sind die Erfolge viel schlechter. Hier muss die Incisionsbehandlung in ihr Recht treten, ebenso wie bei eitrigem Inhalt und bei stark verdickten Wandungen.

30) Mikulicz: **Ueber eine eigenartige symmetrische Erkrankung der Thränen- und Mundspeichel-Drüsen.**

Bei einem 42jährigen Manne entwickelte sich langsam eine bedeutende Anschwellung der beiden Thränendrüsen und daran anschliessend sämmtlicher Speicheldrüsen. Der Process ging ohne alle entzündliche Erscheinungen und ohne Betheiligung des Gesammtorganismus einher. Einige der Drüsen wurden exstirpirt: es fand sich, dass die Grössenzunahme ausschliesslich durch eine massenhafte, kleinzellige Infiltration des interstitiellen Bindegewebes bedingt war, und dass das eigentliche Drüsengewebe dabei eine passive Rolle spielte.

M. weist auf die ausserordentliche Seltenheit der Affection hin und führt einige analoge Beobachtungen an. Er hält es für das wahrscheinlichste, dass es sich um einen infectiösen oder parasitären Process gehandelt hat, dessen Eingangspforte vielleicht an der Conjunctiva zu suchen ist.

31) v. Török: **Die Arbeiten der Klinik Billroth in den Jahren 1867—1892.**

Die T.'sche Zusammenstellung bildet den würdigen Abschluss der im Vorstehenden ganz kurz besprochenen Festschrift. Muss schon jeder aus der letzteren die hohe Bedeutung der Billroth'schen weitverzweigten Chirurgenschule erkennen, so muss sich diese Anerkennung zu maassloser Bewunderung steigern, wenn man die Arbeiten der Billroth'schen Klinik überblickt: Es giebt kaum ein Capitel der Chirurgie, das hier nicht eine eingehende und fördernde Bearbeitung gefunden hätte, zum Theil von Billroth selbst, zum Theil von seinen im Vorstehenden grösstentheils genannten Schülern.

Krecke.

Neueste Archive und Zeitschriften.

Archiv für Gynäkologie. XLIII. Band, 3. Heft.

1) Neugebauer, Fr. Ludwig: **Zur Warnung beim Gebrauche von Scheidenpessarien.** Bericht über die Casuistik einiger deletären Nebenwirkungen unzweckmässiger, vernachlässigter und vergessener Scheidenpessarien auf Grund von 247 Fällen aus der Literatur und Praxis.

Die Gefährlichkeit, längere Zeit unbeaufsichtigt gelassener, gewissermaassen vergessener Scheidenpessarien, ihre Beziehungen zur Entstehung von Fisteln, bösartigen Neubildungen u. A. sind bekannt. Verfasser hat sich der Mühe unterzogen, die diesbezüglichen Fälle zusammenzustellen. Sodann untersucht und beleuchtet er sein Material nach allen Richtungen: so in Bezug auf die Art der hervorgerufenen Läsionen, auf das Alter der Frau, die Dauer des Liegens des Pessars, seine Construction u. A. Wir erwähnen daraus nur, dass Perforation in das Rektum, die Harnwege, den Douglas etc. 61 mal beobachtet wurde. In 8 Fällen ist Carcinom, zum Theil primäres Scheiden-Carcinom notirt, dessen Entstehung mit grosser Wahrscheinlichkeit auf den vom Pessar gesetzten Reiz zurückgeführt wird. Todesfälle in Folge der vom Pessar ausgehenden Erkrankung sind 8 beschrieben. Die längste Dauer des Liegenbleibens eines Pessars betrug 45 J.; von da ab finden sich zahlreiche Abstufungen. Es folgt sodann noch eine Betrachtung über Diagnose und Therapie, wobei auf die Wichtigkeit der Prophylaxis, der Reinlichkeit und zeitweisen Entfernung des Pessars hingewiesen wird.

2) Feis O. (Universitäts-Frauenklinik in Göttingen): **Die Temperaturverhältnisse in der ersten Lebenswoche.**

Es wurde bei 25 Neugeborenen während der Dauer ihres Klinikaufenthalts die Temperatur stündlich oder zweistündlich (in recto) gemessen. Dieselbe unmittelbar nach der Geburt betrug für ausgetragene Kinder im Mittel 37,69° C. Auf diese Geburtstemperatur folgt ein rasches Sinken, so dass durchschnittlich ein Minimum von 35,003° C. erreicht wird (bei Frühgeborenen 33,79° C.), dann Wiederanstieg bis auf 37,05 in 17,7 St. im Mittel bei ausgetragenen Kindern (bei Frühgeborenen auf 36,76 in 24½ St.). In der nun folgenden ersten Lebenswoche ist beim normalen Kinde der Temperaturverlauf abhängig von der Menge der aufgenommenen Nahrung und steht in directer Beziehung zu dieser und der Zunahme des Gewichts. Wägungen von 246 normalen Kindern am 10. Tag lehrten, dass etwa die Hälfte um diese Zeit das Anfangsgewicht noch nicht erreicht hat; dementsprechend wird auch das sog. zweite Temperaturmaximum am 6.—8. Tag gar nicht selten vermisst. Eine Constanz der Eigenwärme ist bei Neugeborenen nicht zu beobachten, vielmehr finden sich häufige Schwankungen von Stunde zu Stunde (bis zu 1,06° C. Maximum). Eine typische Tagesfluctuation liess sich nicht feststellen.

3) Heil K. (Heidelb. Frauenklinik): **Der Fimbrienstrom und die Ueberwanderung des Eies vom Ovarium zur Tube.**

Zunächst erörtert Verfasser die verschiedenen über das Zustandekommen des Uebergangs des Eies aus dem Ovarium in die Tube bestehenden Theorien, bespricht sodann die bisher ausgeführten experimentellen Untersuchungen (besonders jene Kehrer's und Pinner's) und beschreibt schliesslich seine eigenen Versuche. In Ermangelung eines besseren Materials wurden wie bisher verriebene Tusche, Kohle u. dgl., ferner auch Schweine- und Kaninchenovula benützt; als Versuchsthiere dienten Kaninchen. Die Aufschwemmungen wurden theils intraabdominell injicirt, theils in unmittelbarer Nähe der Fimbrien aufgetragen. Das Resultat ergab sich theils durch die Section, theils durch directe Beobachtung auf dem geheizten Objecttisch, wobei die dem Kehrer'schen Verfahren anhaftenden Fehlerquellen vermieden wurden. Die Ergebnisse waren im Allgemeinen negative: kleine, in der Nähe des Fimbrienrandes befindliche Kohlepartikelchen etc. wurden durch die an diesem Rande im Sinne der schwingenden Cilien entlang gehende Strömung fortbewegt. Etwas weiter entfernt liegende corpusculäre Elemente wurden nicht mit in den Strom hineingezogen; Ovula, selbst in nächste Nähe gebracht, blieben unbeweglich liegen. Das Vorhandensein eines zumal noch auf einige Entfernung wirksamen Fimbrienstromes konnte nicht constatirt werden.

4) Gottschalk-Berlin: **Ueber die Histogenese und Aetiologie der Uterusmyome** (mit 4 Abb.).

Um die Entstehung der Fibromyome zu erforschen, darf man nicht ausgewachsene grosse Tumoren untersuchen, sondern die ersten, nicht einmal linsengrossen Knötchen, wie sie sich bei multipler Myombildung im Innern der Gebärmutterwand finden. Die histologischen Befunde G.'s waren nun folgende: Als Grundstock des Geschwulstkeimes findet sich ein ausserordentlich stark gewundener Arterienabschnitt, dessen Lichtung durch Wucherung der Wandelemente stellenweise fast ganz obliterirt ist. Innig und genau dem Verlauf dieser Kernarterie folgend, findet sich ein dichtes und straffes Gefüge von Muskelfaserzügen, wobei die verschiedenen Kerntheilungsfiguren die Hochgradigkeit der Proliferationsvorgänge erkennen lassen. Zwischen den Muskelzellen lagern nun 2 Gebilde; erstens auffallend chromatinreiche, stark gefärbte Kerne, häufig mit spitzen oder kleinstäbchenförmigen Ausläufern; sie finden sich nur in den kleinsten Geschwulstkeimen und sind, da Kerninfiltration nur in örtlich gereiztem Gewebe vorkommt, ein Beweis, dass die Myome irritativen Ursprungs sind. Diese Kerne haben verschiedene Grösse und Gestalt, auch verschiedenen Chromatingehalt und stammen wohl aus drei Quellen: den präexistirenden Muskelzellen, den Lymphgefässen und den Mastzellen. Die letzteren Kerne sind dadurch ausgezeichnet, dass sie von einer Anzahl Pigmentkörner theils ausgefüllt, theils umgeben sind; diese Körner dringen sporenartig in benachbarte Muskelzellen ein und wirken auf diese irritirend. Die zweiten Gebilde (welche allerdings nur in einem Fall beobachtet wurden) sind plasmatische, kern- und structurlose, sich langsam färbende Elemente von ganz verschiedener Gestalt, die alle zelligen Geschwulstelemente an Grösse weit übertreffen; G. spricht sie als thierische Parasiten niederster Stufe, als kernlose Cytoden, an; auch sie fanden sich nur in den kleinsten Geschwulstknötchen. Diese Gebilde stammen, nach den Orten wo sie hauptsächlich gesehen wurden, aus der arteriellen Blutbahn. Nach alledem sind die Fibromyome keine angeborenen (Cohnheim), sondern erworbene Geschwülste. Aus der Beobachtung, dass dieselben irritativen Ursprungs sind, dass sie nur in überernährtem Gewebe und in unmittelbarem Connex mit der arteriellen Gefässbahn entstehen, ergiebt sich erstens quoad prophylaxin: Fernhaltung aller abnormen und starken Reize, sowie länger dauernder Congestionszustände (Hygiene der Menstruation, Geburt, des Wochenbettes etc., Vermeidung roher intrauteriner Eingriffe u. s. w.); zweitens quoad therapiam: Beschränkung der arteriellen Blutzufuhr zum Uterus, doppelseitige Unterbindung der Arteria uterina, sobald die Diagnose gestellt ist. In der That hat G. in 3, so behandelten Fällen, nicht nur sofortige Besserung der subjectiven Beschwerden, sondern auch Verkleinerung und Verschwinden der Geschwulstknoten constatiren können. Im selben Sinne ist der günstige Einfluss der Castration bei Myom zu erklären.

5) Klein Th. (Heidelb. Frauenkl.): **Eine Geburt bei Spaltbecken mit Blasenectopie.** (Mit 1 Abb.)

Den bis jetzt bekannten und im Auszug mitgetheilten 6 Fällen von Geburt bei Spaltbecken fügt K. einen weiteren hinzu. Die Niederkunft der 29jährigen Patientin war eine spontane (nur Introitusincisionen und Ausdrücken des Kopfs vom Damm her) und glückliche für Mutter und Kind. Der Verlauf der Geburt und die Beschaffenheit der Missbildung sind genau beschrieben. Eisenhart-München.

Vereins- und Congress-Berichte.

Berliner medicinische Gesellschaft.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 22. März 1893.

Vor der Tagesordnung. Herr **Gottschalk** demonstrirt ein **Lithopädion,** das sich 30 Jahre im Unterleib einer Frau befunden hat und kürzlich bei der 54jährigen durch Laparotomie aus demselben entfernt wurde.

Die Frau, welche schon einmal geboren hatte, wurde damals zum zweiten Male gravid, bekam zur bestimmten Zeit ihre Wehen und schien vor der Niederkunft zu stehen. Der Muttermund erweiterte sich aber nicht und der hinzugezogene Arzt überliess die Frau ihrem Schicksal. Bis vor zwei Jahren befand sie sich wohl; damals merkte sie, dass das Kind „tiefer rückte", empfand ausserdem Harnbeschwerden und klagte über Druckempfindlichkeit. Der Arzt stellte fest, dass der Kopf ins Becken eingetreten war. Die Frau half sich bis vor Kurzem dadurch, dass sie sich alle acht Tage auf den Kopf stellte; dann verschwanden die Beschwerden. Schliesslich half auch das nichts mehr. — An dem Präparat sind noch die einzelnen Theile des kindlichen Körpers deutlich zu erkennen.

Herr **Beckmann: Ueber Nase und Nasenrachenraum in ihren Beziehungen zu einigen Krankheiten, namentlich Asthma und Scrofulose.**

Vortragender geht davon aus, dass nach Bloch's Versuchen die Athemluft in der Nase um $^5/_9$ ihres Temperaturabstandes von der Aussenluft erwärmt, mit Wasserdampf zu $^2/_3$ gesättigt und von Staub grösstentheils gereinigt wird. Fällt nun die Nasenathmung aus, so trocknet die durch den Mund eintretende Luft zunächst diesen aus, namentlich Nachts, wo der Mund nicht durch Schlucken oder Trinken angefeuchtet wird, und so entzieht die Athemluft allmählich immer tieferen Theilen des Respirationstractus Feuchtigkeit und führt schliesslich zur Austrocknung der kleinsten Bronchien. So entsteht ein starker Reibungswiderstand für die Athemluft, der bei der Inspiration, durch welche die Kanäle kräftig auseinandergezogen werden, noch verhältnissmässig leicht überwunden wird. Bei der Exspiration jedoch werden die trockenen und durch unregelmässig angetrockneten Schleim noch mehr verengten und noch energisch zusammengepressten Bronchien der Luft einen solchen Widerstand bieten, dass derselbe nicht mehr überwunden werden kann; es kommt zur Retention von Luft, zur Lungenblähung und starker exspiratorischer Dyspnoe: zum asthmatischen Anfall. Die Curschmann'schen Spiralen bilden sich aus dem eintrocknenden Schleim — die Leyden'schen Krystalle aus der auf die trockene Schleimhaut angesaugten und nun auch der Austrocknung verfallenden Lymphe, wie sie sich aus jeder langsam eintrocknenden Lymphe entwickeln. Nach kürzerer oder längerer Dauer des Anfalls tritt, vielleicht unterstützt durch die Stauung im kleinen Kreislauf, eine Exsudation in die Bronchien ein, die zusammen mit den vorher entstandenen Austrocknungsprodukten, den Spiralen und Krystallen, das charakteristische Asthmasputum bildet. Auf ähnliche, aber mehr schleichende Weise, auch durch Insufficienz der Nasenathmung, denkt sich Vortragender das Emphysem entstanden, das aber einerseits auch Folgekrankheit des Asthmas ist, andrerseits Asthmaanfälle begünstigt.

Die Insufficienz des Nasenluftweges resp. die Mundathmung wirkt nun besonders ungünstig auf den Respirationstractus dadurch, dass mehr Staub und namentlich Spaltpilze, die sonst von der Nase zurückgehalten und unschädlich gemacht werden, in die tieferen Luftwege gelangen und anderseits, dass durch Austrocknung die Schleimhaut ihrer natürlichen Schutzorgane, des Schleimes, der Thätigkeit des Flimmerepithels und der Durchwanderung der weissen Zellen, beraubt und so erst für Infection empfänglich wird. B. hat dies namentlich für eine Reihe von Infectionen beobachtet, so für Entzündungen und Abscesse der Mandel, für Diphtherie, wobei er der Ansicht, dass die Infection durch Ingesta zu Stande kommen könne, mit der Beobachtung entgegentritt, dass das Schlucken fester Sachen nach Tonsillotomieen am besten Infectionen der Wundflächen verhütet, ein Verfahren übrigens, von dem er auch bei Diphtherie gute Erfolge sah und das er für das schonendste und wirksamste zur Reinigung wunder oder kranker Rachenpartien hält.

Chronische Rachen- und Kehlkopfkatarrhe sah er ebenfalls ausser durch Herabfliessen von Eiter und Schleim aus Nase und Nasenrachenraum fast nur durch Mundathmung veranlasst. Bei Tuberculösen constatirte schon Bresgen in allen Fällen chronische Rhinitis. Auch Redner kann bestätigen, dass Tuberculöse meist insufficiente Nasenathmung haben. Er hält Functionstüchtigkeit der Nase nicht nur prophylaktisch für sehr wichtig, sondern auch therapeutisch, indem das beste Klima bei Mundathmung dem erkrankten Respirationstractus bei weitem keine so gute Athemluft zuführen kann, wie etwa unser hiesiges Klima bei Nasenathmung. Zum Schluss spricht Vortragender über Scrofulose und ihre Abhängigkeit von Vergrösserung und Eiterung der Rachenmandel. Er unterscheidet 3 Reihen von scrofulösen Erscheinungen, 1) eine periphere, nicht tuberculöse: die Nasen- und Ohreneiterungen, die Ekzeme, die Augenentzündungen, die Katarrhe der Respirationsschleimhaut, 2) eine theilweise tuberculöse: die Erkrankung der Drüsen des Halses, der Bronchien und des Mesenterium, 3) ausschliesslich tuberculöse: die scrofulösen Knochen- und Gelenkentzündungen. Die erste Reihe der Erscheinungen werde direct durch die eiternde Rachenmandel hervorgerufen, indem der von derselben gelieferte Eiter theils verschluckt werde, theils durch die Nase abfliesse und hier Ekzeme des Naseneingangs, der Oberlippe und des Gesichtes veranlasse. Von hier aus werde dann das infectiöse Secret in die Augen, auf den Kopf u. s. w. verschleppt und erzeuge dort entsprechende Erkrankungen. Durch Infection und Verlegung der Tube von Seiten der Rachenmandel werden Ohreiterungen veranlasst und unterhalten, und durch Verlegung des Nasenluftweges die Katarrhe. Von der Rachenmandel oder von den durch Mundathmung für Infection zugängig gemachten Luftwegen oder von den Ekzemen gelangen Keime in die Lymphdrüsen, theils Tuberkelbacillen, theils andere Mikroben; von den Lymphdrüsen gelangen dann die Tuberkelbacillen ins Blut, um hier die Erscheinungen der dritten Reihe zu erzeugen. Therapeutisch genügt die Amputation der Rachenmandel, um die Symptome der ersten Reihe theils sofort zum Verschwinden, theils der sonst machtlosen Therapie sehr zugängig zu machen. Auch einfache Drüsenanschwellungen bilden sich darnach zurück. Der Symptomencomplex der Scrophulose wird also meist durch die eiternde Rachenmandel ausgelöst, es sei am besten den Begriff der Scrophel fallen zu lassen. Eine Constitutionsanomalie sei es jedenfalls nicht und die Hartnäckigkeit der Erkrankungen erkläre sich theils aus dem Fortbestehen ihrer Ursache, theils aus ihrer Natur. In Bezug auf die Therapie wendet sich Vortragender gegen die Galvanokaustik, die nicht nur unangenehme Schwellung und Eiterung veranlasst, sondern meist auch unnütz functionstüchtige Schleimhaut zerstört. Für die Anhänger der Reflexneurosen war sie ja rationell, aber nach den im Obigen entwickelten Anschauungen kommt es darauf an, die Eiterungen in der Nase zu beseitigen, Secretstauungen zu verhindern und die Nase für ein dem Athembedürfniss genügendes Luftquantum durchgängig zu machen. Hiezu erweist sich am zweckmässigsten der Gebrauch schneidender Instrumente und die Anwendung der auch sonst üblichen chirurgischen Encheiresen, die sich natürlich den complicirten örtlichen Verhältnissen der Nase anpassen müssen. Ludwig Friedländer.

Verein für innere Medicin zu Berlin.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 20. März 1893.

Herr **Rosin** macht einige Mittheilungen über **Färbung von Rückenmarkspräparaten** mit der neutrophilen Lösung Ehrlich's. Dieselbe besteht bekanntlich aus zwei sauren Anilinfarbstoffen, saurem Fuchsin und Methyl-Orange, und einem basischen Farbstoffe, Methyl-Grün, welche drei Bestandtheile ein annähernd neutrales Farbengemisch ergeben. Der Name Triacidmischung ist nicht deutlich und die Bezeichnung neutro-

phile Lösung vorzuziehen. Herr Senator hat gezeigt, dass man auch die Harnsedimente mit grossem Vortheil mit dieser Lösung färbt. Es zeigte sich das überraschende Ergebniss, dass die Leucocyten der Harnsedimente nicht mit denen identisch sind, aus denen der Eiter besteht, sondern dass es kleine mononucleäre Elemente sind, deren Herkommen vorläufig noch nicht festgestellt ist (s. No. 5 dieser Wochenschr.). Herr Schmidt wies auf die Bedeutung hin, welche die Mischung für die Diagnose der Pneumonie unter Umständen haben kann (s. No. 8 dieser Wochenschr.). Rosin verwandte zu seinen Versuchen stets in Chromsäure gehärtete Präparate; letztere ist deshalb wichtig, weil sie schon im Reagensglase ein gelbes Farbengemisch ergibt. Die einzelnen Nervenelemente werden deutlich auf verschiedene Weise gefärbt, die Markscheiden orange, die Axencylinder roth, die Neuroglia violett, die Ganglienzellen roth mit einem Stich ins Braune etc. Von besonderer Wichtigkeit aber ist, dass die Kerne der Ganglienzellen sich nicht färben, wodurch sich dieselben von allen übrigen Zellen, Pancreas, Nieren, Leber etc. unterscheiden, deren Kerne sich stets blaugrün mit dem Farbengemisch färben. Das Kernkörperchen dagegen färbt sich wiederum deutlich und zwar roth.

Fortsetzung der Discussion über den Vortrag des Herrn **Zuntz: Welche Mittel stehen uns zur Hebung der Ernährung zu Gebote?**

Herr Klemperer erwähnt die mit Fleischmehlen gemachten Versuche, wenn es darauf ankam, schnell eine grössere Menge Eiweiss zu geben. Es kamen etwa 50—60 g auf 1 l. Doch glaubt K., dass dieser Gesichtspunkt selten hervortreten wird. Gegen Zucker spricht er sich entschieden aus, aber empfiehlt die sogenannten aufgeschlossenen Kohlehydrate, von denen man auf 1/3 l 2 Theelöffel Amylaceen geben kann. Neuerdings giebt man Milchzucker, 50 g auf 1 l Milch. Grössere Mengen sind zu verwerfen, weil sie zu leicht Störungen hervorrufen. Von Fetten empfiehlt K. als angenehmstes und bestes Mittel den Rahm. — Der Kernpunkt der ganzen Frage liegt überhaupt nicht in dem einzelnen Präparat, in dem Was? sondern in dem Wie? wie die Sachen schmecken, wie sie vertragen, wie sie verordnet werden? Eine grosse Rolle spiele hierbei der Arzt. Von diesem Gesichtspunkte aus müssen die grossen Erfolge der Ernährungskuren, speciell der Weir-Mitchell'schen, betrachtet werden. Dass die Leute unter einen festen Willen und in eine straffe Zucht kommen, sei wohl hier die Hauptsache. Zum Schluss erwähnt K., dass er in einem geeigneten Falle mit dem von Zuntz empfohlenen Pflanzeninfus (s. Nr. 10 d. Wschr.) Versuche gemacht und einen vortrefflichen Erfolg erzielt habe.

Herr Hirschfeld hält es für ungerechtfertigt, dass man von Versuchen an Hunden, reinen Carnivoren, wo auf ca. 20 k Körpergewicht gegen 2 k täglicher Fleischnahrung kommen, auf Menschen schliesse, bei denen das Verhältniss des Körpergewichts zur Fleischnahrung etwa 70 : 1 sei.

Herr Leyden: Wenn wir von Aufbesserung der Ernährung sprechen, so kann es sich um zwei Dinge handeln, entweder um reichlichere Zufuhr von Nahrung, als sie der Patient bisher bekommen hat, oder Aufbesserung des Ernährungszustandes. In letzterem Falle tritt eine besondere ärztliche Aufgabe hinzu und zwar gehört dieselbe zu den wichtigsten der ärztlichen Praxis. Man soll sehen und erkennen, ob und in wie weit der Ernährungszustand gesunken ist und ob dem Patienten Gefahr droht, für seine Leistungsfähigkeit, für seinen Lebensgenuss oder gar für sein Leben. In diesem Sinne können wir die moderne Ernährungstherapie nicht als einen Theil der Therapie, sondern gewissermaassen als eine bestimmte Therapie hinstellen. — Ferner weist L. darauf hin, dass man neuerdings weniger Gewicht legt auf die Qualität als auf die Quantität. Wir wollen dem Kranken nicht bloss Appetit machen, sondern stellen uns die Aufgabe, ihm eine bestimmte Menge Speise zuzuführen, welche ihn zu erhalten und zu fördern geeignet sind. Hierfür sind uns von der Ernährungsphysiologie Anhaltspunkte gegeben. Es soll eine bestimmte Summe von Calorien erreicht werden. Ob das durch Fett, Kohlehydrate oder Eiweiss geschieht, ist gleichgültig. Soviel steht fest, dass dem Kranken die gemischte Kost besser bekommt als die einseitige. Eine weitere Aufgabe besteht darin, dem Kranken die erforderliche Quantität von Nahrung beizubringen. Das scheitert gewöhnlich an dem mangelnden Nahrungsbedürfniss, dem Appetit, welch letzterer keine Function des Magens, sondern der Psyche ist. Die auf den Magen wirkenden Mittel sind eigentlich keine Appetit anregenden. — Auf zwei Eigenschaften der Speisen hat man stets grosses Gewicht gelegt, die Nahrhaftigkeit und die Verdaulichkeit. Das sind beides sehr vage Begriffe, wenn sie auch noch heute eine grosse Rolle spielen. Was nicht genügend in Betracht gezogen wird, ist der Umstand, dass die Nahrhaftigkeit der Nahrungsmittel abhängig ist von der Menge des Nahrungsstoffes. Aehnlich ist es mit der Verdaulichkeit. Es giebt eigentlich keine unverdaulichen Speisen; zwischen leicht und schwer verdaulichen Speisen giebt es keinen Unterschied. Es kommt Alles auf die individuelle Beschaffenheit des Essers an, dann auf die Menge und auf die Zubereitung. Die conservirten Stoffe, die Peptone, Pankreatine, condensirte Milch etc. haben einen ausserordentlich geringen Nährwerth, weil sie doch wieder verdünnt werden müssen und in der Verdünnung nicht nahrhafter sind als die übrigen Speisen. Dem Unfug, der mit den sogenannten Nährpräparaten getrieben wird, kann man nicht energisch genug entgegentreten. — Das Quantitative ist also die Hauptsache. Freilich darf die andere Seite, die Auswahl und Zubereitung, nicht in den Hintergrund gestellt werden. Ludwig Friedländer.

Aerztlicher Verein in Hamburg.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 21. März 1893.

Vorsitzender: Herr Eisenlohr.

1) Herr **Lemke** demonstrirt 3 Fälle von **Morb. Basedowii,** bei denen er die halbseitige Strumectomie gemacht hat. L. hat im Ganzen bis jetzt 6 derartige Fälle operirt, von denen nur 1 später an Influenza gestorben ist. Die vorgestellten Patienten (2 Männer, 1 Frau) sind in den Jahren 1890—1892 operirt; bei allen ist eine wesentliche Besserung aller Beschwerden zu constatiren.

2) Herr **F. Krause**-Altona spricht über **Entfernung des Ganglion Gasseri und des central davon gelegenen Trigeminusstammes** nebst Vorstellung des operirten Falles.

Vortragender hat bis jetzt 3 mal die von ihm zuerst beschriebene Methode der intracraniellen Trigeminusresection ausgeführt. Der letzte Fall, den Vortragender heute demonstrirt, war noch ausgedehnter als die beiden anderen, indem zugleich das ganze Ganglion Gasseri mit entfernt wurde.

Es handelte sich um eine 68jährige Frau, die seit 20 Jahren an schwerer linksseitiger Trigeminusneuralgie litt. Der Nerv. alveolaris infer. und der 3. Trigeminusast an der Schädelbasis waren bereits resecirt worden. Vortragender entschloss sich, in diesem Falle die Entfernung des ganzen Trigeminus, soweit dies überhaupt auf chirurgischem Wege möglich ist, auszuführen. Die Operation fand am 31. Januar ds. Jrs. statt. Da Vortragender sich in seinen beiden ersten Fällen überzeugt hatte, dass das Gehirn, wenn es im geschlossenen Duralsack sich befindet, die Verdrängung nach oben sehr gut verträgt, so beschloss er, diesmal die Operation einzeitig (nicht zweizeitig, wie sonst) auszuführen, um die entkräftete Frau nicht kurz hintereinander 2 mal den Gefahren der Narkose und des operativen Eingriffes auszusetzen. Ferner wurde, ebenfalls zur Abkürzung der Operation, diesmal der Knochen nicht erhalten, sondern ein Loch in die Schläfenbeinschuppe gemeisselt und von da aus rasch zwischen Dura mater und Schädelbasis in die mittlere Schädelgrube vorgedrungen, bis der Stamm der A. meningea media, ferner der 3. und 2. Trigeminusast in ganzer Ausdehnung bis zum Ganglion Gasseri hin sichtbar wurden. Die Blutung war hierbei geringer, als wenn man langsam vorwärts geht. Der Stamm der A. meningea media muss doppelt unterbunden und durchschnitten werden. Beim nunmehrigen Versuch, die Dura ausser vom 3. und 2. Ast auch vom Ganglion Gasseri stumpf abzuheben, was Vortragender früher auf Grund von Leichenversuchen als nicht angängig bezeichnet hatte, zeigte sich, dass dies vollständig gelang, nachdem einzelne ganz dünne, aber besonders feste Bindegewebszüge mit der Scheerenspitze durchtrennt worden waren. Nun lagen sowohl das Ganglion als der 2. und 3. Ast vollkommen frei da. (Vortragender hat dieses Stadium der Operation an der Leiche stereoskopisch photographirt und giebt das betreffende Bild im Stereoskop herum.)

Da das Herausdrehen des 2. u. 3. Astes mit der Thiersch'schen Zange nicht gelang, so wurden die beiden Aeste im Foramen ovale und rotundum mit spitzem Tenotom möglichst tief abgeschnitten; das Ganglion Gasseri selbst nebst dem central gelegenen Trigeminusstamm wurden mit der Thiersch'schen Zange herausgedreht, wobei der ganze Nervenstamm in einer Länge von 22 cm., d. h. bis zum Pons Varoli herausbefördert wurde. Dies wurde in tiefer Narkose vorgenommen und weder in Bezug auf die Herzthätigkeit noch auf die Athmung liess sich eine nachweisbare Veränderung dabei constatiren. (Vor-

tragender demonstrirt das in Osmiumsäure gehärtete Präparat des entfernten Trigeminusstammes, Ganglion Gasseri mit der Stelle des abgerissenen I. Astes, II. und III. Trigeminusastes.)

Die ganze Operation hatte vom ersten Hautschnitt an 55 Minuten gedauert. Nunmehr Naht der Haut, Muskel- und Periostlappen; zwischen Dura und Schädelbasis kommt ein schmaler Jodoformgazestreifen.

Der Verlauf war ganz ungestört; schon am Abend nach der Operation waren die neuralgischen Schmerzen verschwunden und sind bis jetzt (9 Wochen post operat.) nicht wiedergekehrt. Am 7. Tage verliess Patient das Bett, am 18. die Klinik. Das Allgemeinbefinden hat sich sehr rasch gebessert.

Vortragender berichtet noch über die von Dr. Nonne vorgenommene Sensibilitätsprüfung im Bereich des resecirten Trigeminus und hebt besonders hervor, dass weder an der Zunge noch an der Mundschleimhaut Geschwürsbildungen oder sonstige trophische Störungen vorhanden sind. Auch am linken Auge und der Nasenschleimhaut sind keinerlei trophische Anomalien zu constatiren.

Discussion. Herr Schede erkennt den Werth der Krause'schen Operation für verzweifelte Fälle von Trigeminusneuralgie vollauf an. Er selbst hat unlängst dieselbe bei einer 60jährigen Frau, wo II. und III. Ast schon früher erfolglos durchschnitten worden waren, ausgeführt und kann die Angaben des Vorredners nur vollinhaltlich bestätigen.

3) Herr **L. Seeligmann: Ueber einen Kaiserschnitt bei einem Falle von hochgradiger Osteomalacie mit Demonstration der Operirten.** (Autoreferat folgt.)

4) Herr **Alsberg** demonstrirt a) einen Mann, dem er am 4. Mai 1892 wegen carcinomatöser Pylorusstenose die Gastroenterostomie gemacht hat. Seit der Operation hat Patient 45 Pfund an Gewicht zugenommen, er befindet sich vorzüglich wohl und zeigt keine Vergrösserung seines ursprünglichen Tumors. Einen Irrthum in der Diagnose hält A. für ausgeschlossen.

b) einen 21jährigen Mann, dem das Rectum wegen Carcinom exstirpirt wurde. Dasselbe sass 3 cm oberhalb des Anus und konnte nach Resection des Steissbeines entfernt werden. Patient ist jetzt mit 8 Monaten recidivfrei.

c) einen ca. 6jährigen Knaben, der vor einem Jahr wegen Darminvagination laparotomirt wurde. Braun's Ansicht, die Operation bei Invagination erst zu machen, wenn Occlusionserscheinungen auftreten, ist von M. Schmidt bekämpft worden, der einen unglücklich verlaufenden Fall dadurch erlebte. Seit den von Braun gesammelten 18 operirten Fällen (mit 14 Todesfällen) hat Vortragender noch 10 neue aus der Literatur mit besseren Resultaten zusammengestellt. Lufteinblasungen hält Vortragender für gefährlich. Lässt sich (bei chronischen Invaginationen) die Desinvagination nicht mehr ausführen, so muss die Resection der invaginirten Partie ausgeführt werden.

5) Herr **Bonne** empfiehlt als bestes Mittel gegen Cholera: Ol. Menthae pip. in gewöhnlichem Thee. Er glaubt die Wirksamkeit dieser Zusammensetzung durch Culturversuche (von denen Präparate herumgereicht werden, erwiesen zu haben.

6) Discussion über den Vortrag des Herrn **Schede: Ueber versenkte Silberdrähte.** (s. diese Wochenschr. No. 11, S. 221.)

a) Herr Kümmell hat seit längerer Zeit die ihm durch eine Privatunterredung mit Schede bekannt gewordene Silberdrahtnaht bei Laparotomien etc. angewendet. Vom Jahre 1889—92 führte K. 206 Laparotomien aus, über die er in Bezug auf die Anwendung der Nähte summarisch berichtet. Wo es darauf ankommt, schnell mit der Operation fertig zu werden, zieht K. das Catgut dem Silberdraht vor. So hat er 26mal wegen Ileus, 7mal wegen Perforativperitonitis operirt und Probelaparotomien gemacht und dabei nur Catgut gebraucht. Bei 10 Operationen wegen Anus praeternaturalis hat er nur am Schluss der Operation Silberdraht verwendet.

Bei 29 Ovariotomien kam Silber in der Hälfte der Fälle zur Verwendung. In seinen 13 Myotomien wurden stets einige Silbersuturen angelegt, ebenso in den meisten von Salpingotomien. 11 Ventrofixationen wurden mit Silber, Seide und Catgut operirt. Recidive sah K. nur bei den mit Catgut genähten Patienten. In 10 Fällen von tuberculöser Peritonitis wurde nur 1mal die Drahtnaht verwendet. Folgen 31 Magen- und Darmresectionen und 79 Herniotomien. Bei letzteren verwendet K. Catgut, wenn es sich um kleine Cruralhernien handelt, Silberdraht dagegen bei Inguinal- und vor allem bei Nabelhernien.

b) Herr Prochownick verwendet den Silberdraht seit Anfang 1891 und kann die Angaben Schede's in allen wesentlichen Punkten nur bestätigen.

c) Herr Schede braucht bei allen schnell zu beendenden Operationen (Ileus u. dgl.), ebenso wie Herr Kümmel, keinen Silberdraht, sondern die Catgutnaht.

Bei seitlichen Laparotomien (die nicht in der Linea alba gemacht werden) entstehen zuweilen trotz der Silbersutur später Bauchhernien. Diese Eventualität sah Sch. z. B. bei Resection des Wurmfortsatzes eintreten. Man wird sich hiervor durch zahlreiche Nähte, die mehr Gewebe mitfassen, schützen können. Jaffé.

Aerztlicher Localverein Nürnberg.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 21. Juli 1892.

Vorsitzender: Herr Heller.

Herr **Goldschmidt** spricht über die Ernährungsweise der Diabetiker auf Grund seiner eigenen Erfahrungen sowie an der Hand der neueren Literatur über diesen Gegenstand. Bei der Schwierigkeit, eine rein animalische Kost strenge durchzuführen, bei der Möglichkeit, dass man durch eine solche sogar dem Kranken unter Umständen schaden könne, sei die Verabreichung einer vernünftigen gemischten Kost gewiss zu rechtfertigen und seien die Resultate einer solchen bezüglich der Zuckerausscheidung sowohl als auch bezüglich des Allgemeinbefindens sehr gut. Wesentlich erleichtert werde die Kostregulirung durch die in neuerer Zeit mit Recht beliebt gewordene Einführung des Aleuronats in die Kost des Diabetikers, mit welchem Brod, Zwieback und andere Speisen hergestellt werden können. (In Nürnberg ist ein sehr gutes Aleuronatbrod in der Bäckerei von Hüter am Spitzenberg zu erhalten.)

Sitzung vom 4. August 1892.

Vorsitzender: Herr Heller.

Herr **Wirth** berichtet über seine Beobachtungen und Erfahrungen, welche er beim Besuche der Curanstalten und der Bäder der Ostschweiz gewonnen hat, sowie besonders über die Verhältnisse von Davos und der daselbst gebräuchlichen Curmethoden.

Herr **Carl Koch** berichtet über einen Fall von Revolverschussverletzung der rechten Schläfengegend.

Derselbe betrifft einen in den 30er Jahren stehenden kräftigen Mann, welcher sich am 20. Juli 1892 einen Revolverschuss in selbstmörderischer Absicht beibrachte. Der Vortragende sah den Verletzten am 22. Juli Vorm. und fand ihn somnolent im Bette liegend. Auf lautes Fragen gab der Kranke Antworten und zwar richtige Antworten. Die Temperatur war über 40,0 in der Achselhöhle. Etwas nach aussen und oben vom äusseren Ende der rechten Augenbraue fand sich eine über erbsengrosse, schwärzlich verfärbte Wunde in der Haut, aus welcher sich etwas schmierige, blutig-eitrige Flüssigkeit herausdrücken liess. Der rechte Bulbus war stark vorgedrängt, unbeweglich, die Augenlider und ihre Umgebung sehr bedeutend sugillirt, desgleichen die Conjunctiva bulbi. Pupille starr, weit; Sehvermögen erloschen. Am Nachmittag des 22. Juli Operation. Schnitt von der Wunde längs des oberen Orbitalrandes nach einwärts bis zur Nasenwurzel durch die Weichtheile, Abtragung des ganzen oberen Orbitalrandes mit dem Meissel; es zeigte sich danach, dass das Orbitaldach in viele Splitter zertrümmert war. Nach Extraction derselben, die vielfach unter einander verhakt sich zeigten, lag die Dura in weitem Umfange blos. In derselben fand sich ganz nach einwärts in der Nähe der Nasenwurzel eine rundliche Oeffnung, in die oben die Fingerspitze eingelegt werden konnte. Bei genauerem Zufühlen fühlte man in derselben einen rundlichen ballotirenden Körper auf der Fingerspitze, welcher als das Projektil angesprochen werden musste. Einführen einer Kornzange in die Oeffnung der Dura unter Leitung des Fingers. Nach mehrmaligem Zugreifen gelang es, den Körper zu fassen und zu extrahiren. Es war thatsächlich die Kugel. Mit der Kugel, welche übrigens ganz isolirt gefasst war, drang sofort sehr viel sugillirte Hirnsubstanz in grossen Fetzen hervor; gleichzeitig erfolgt aber auch eine sehr heftige arterielle Blutung ganz aus der Tiefe. Rasches Einführen eines Gazetampons. Nachdem derselbe mehrere Minuten gelegen, wird er wieder entfernt. Die Blutung stand. Tamponade der Wunde. Antiseptischer Occlusionsverband.

Am 23. Juli war das Allgemeinbefinden kein besseres geworden; Fortdauer des Fiebers und der Somnolenz. Kein Verbandwechsel, mässige Eiterung; noch reichliche Ausstossung von Hirnsubstanz. In der Nacht vom 23.—24. Juli Exitus letalis unter Zunahme der meningitischen Erscheinungen.

Aus den Pariser medicinischen Gesellschaften.

Société de Biologie.

Sitzung vom 4. März 1893.

Ueberimpfung der Vogeltuberculose auf den Affen.

Richet machte diese Experimente unter verschiedenen Bedingungen und kam dabei zu folgenden Resultaten:

1) Die subcutane Einimpfung der Vogeltuberculose bringt beim Affen keine Tuberculose zur Entwickelung.

2) Die intravenöse Einimpfung einer Reincultur von Vogeltuberculose führt den raschen Tod der Affen durch Allgemeintuberculose herbei.

3) Die vorgängige subcutane Injection von Vogeltuberculose macht die Affen immun gegen die Vogeltuberculose und refractär gegen die intravenöse Injection.

Sitzung vom 11. März 1893.

Zur Pathogenese des Tetanus.

Courmont und Doyont theilen mit, dass nach ihren Untersuchungen das sogenannte Toxin des Nicolaier'schen Bacillus, welches in den filtrirten Culturen sich finde, nicht toxisch, sondern dass ein lösliches Ferment, welches dieser Bacillus erzeugt, die wirkliche Tetanus erzeugende Substanz sei. Dieses Ferment wirke auf die organischen Gewebe ein und durch die Fermentationsproducte der letzteren würde der Tetanus zu einer wahren Autointoxication. Die weiteren Schlussfolgerungen, welche diese Autoren ziehen, sind:

1) Dieses Ferment ist an sich nicht giftig, sondern erzeugt auf Kosten des Organismus eine direct tetanisirende Substanz, in ihren Wirkungen mit dem Strychnin vergleichbar.

2) Diese letztere Substanz findet sich in Menge in den tetanischen Muskeln, sie existirt auch im Blute und manchmal auch im Urin.

3) Sie widersteht einer lange einwirkenden Siedehitze, während die gewöhnlichen Producte des Bacillus bei 65° ihre Wirkung verlieren.

4) Sie kann sich nur unter günstigen (Körper-) Temperaturverhältnissen entwickeln; so erklärt sich die erwiesene Immunität des Frosches im Winter gegenüber dem Bacillusferment.

5) Die natürliche oder erworbene Immunität gegen den Tetanus kann als Folge von Ursachen angesehen werden, welche die erwähnte Fermentation verhindern oder verlangsamen.

Charrin findet diese neue Theorie, wonach der Organismus unter dem Einflusse von Bacterien oder deren Secreten toxische, Krankheit erregende Substanzen erzeugt, sehr beachtenswerth und in gewisser Analogie zu der anderen Hypothese stehend, dass der Körperhaushalt die sogenannten bacterientödtenden Substanzen zu bilden im Stande ist.

Société de Médecine et de Chirurgie Pratiques.

Sitzung vom 17. März 1893.

Ueber die Wirkung der Organsäfte.

Bardet hegt kein grosses Vertrauen auf die bezügliche von den Autoren so glänzend dargestellte Statistik; sie sei der gewöhnliche Triumph des berühmten „post hoc, ergo propter hoc“, welches noch lange das Glück der Therapeuten ausmachen werde. Das Hauptcontingent der Clientel „für den Testikelsaft“ recrutire sich aus einem für äussere Eindrücke äusserst empfänglichen Publicum: Neurasthenikern, Impotenten, psychisch Deprimirten. Anfangs sind die Erfolge glänzend, um so schlimmer ist aber die bald eintretende Reaction des Nervensystems, wofür B. einen eclatanten Beweisfall aus seiner Praxis anführt.

Dujardin-Beaumetz schreibt der Suggestion eine grosse Rolle bei dieser Methode zu und glaubt, dass der Erfinder ihr mit Unrecht eine solche Tragweite gegeben habe. Sie sollte die Tabes heilen, dann die Cholera, dann den Magenkrebs, ohne von Kleinigkeiten, wie Diabetes, zu sprechen. Charcot warte immer noch darauf, dass man nur einen einzigen wirklichen Ataktiker in seinem Spitale heile. Wie sollte es auch anders sein, wenn es sich um derartige Organstörungen handelt? Was verloren ist, bleibt verloren und alle möglichen Organsäfte vermögen nichts dagegen. Man weiss ferner gar nicht genau, was das wirksame Princip in diesen Säften ist, so dass die Einen das phosphorsaure Natron, die Anderen den Phosphor dafür ansprechen. Die Wahrheit ist, dass die Injectionen mit Organsäften im Allgemeinen einen guten tonischen Einfluss haben, aber darauf bleiben sie beschränkt, womit wohl die Aerzte zu rechnen haben.

St.

Aus den englischen medicinischen Gesellschaften.

Medical Society London.

Sitzung vom 6. März 1893.

Prostatectomia suprapubica.

Buckston Browne sprach über die Vortheile der Methode und deren Indication.

Die Prostatahypertrophie als Folge sexueller Ueberreizung kommt nur bei älteren Leuten vor.

B. unterscheidet ein intra- und extravesicales Wachsthum der hypertrophirenden Prostata, nur die erstere Form kann mit Aussicht auf Erfolg operirt werden. Die Hauptschwierigkeit liegt in der Diagnose, die sich am besten durch den Katheter, durch Bestimmung der Länge der Urethra und Digitaluntersuchung vom Rectum aus feststellen lässt.

Bezüglich der Prognose ist der Katheterismus in den leichteren Fällen, selbst lange Zeit ausgeführt, ungefährlich, wenn er nur mit gutem Material, mit aller Vorsicht und genügend oft angewendet wird. Etwas anderes ist es, wenn Cystitis auftritt, oder in Fällen, wo das Katheterisiren durch abnorme anatomische Verhältnisse der Urethra so erschwert ist, dass es dem Patienten nicht selbst überlassen werden kann. Für solche Fälle ist die Prostatectomia suprapubica angezeigt und zwar extraperitoneal.

Die Eröffnung der Blase erfolgt am besten auf einer Sonde, hypertrophische in die Blase hineinragende Theile der Prostata werden abgetragen. Eine Ausdehnung der Operation auf die seitlichen Lappen ist unnöthig, da nur die vorspringenden Partien das Micturitionshinderniss abgeben und deren Entfernung das ganze Organ etwas zum Schrumpfen bringt.

Die an seinen Fällen gewonnenen Erfahrungen fasst B. folgendermaassen zusammen:

1) Prostatectomie soll nie als erster Eingriff gemacht werden, so lange der gewöhnliche, regelmässige Katheterismus möglich ist, und einen nur einigermaassen erträglichen Zustand bewirkt.

2) Gelingt dies nicht mehr, so ist die Prostatectomie angezeigt, und zwar die Suprapubica, durch sie kann zugleich jeder Stein entfernt und die Blase gründlich untersucht werden. Ist eine Entfernung der hypertrophischen Prostata nicht möglich, so kann ein Dauerdrain eingelegt werden, welcher jedenfalls den Zustand bedeutend bessert.

3) Bei Abtragung der hypertrophischen Partien ist die Aussicht auf Wiedereintreten der normalen Micturition eine ziemlich grosse.

In der Discussion verwarf J. Hutchinson die Anwendung des Silberkatheters und empfahl an seiner Stelle den elastischen.

Bruce Clarke hält für die schwierigsten Fälle dieser Art die, in welchen die Urethra selbst stricturartig verengt wird. Galvanocaustische Behandlung leistete ihm hier manchmal gute Dienste.

F. L.

Verschiedenes.

(Arzt oder Aerztin.) Im Januar d. Js. wurde ich als Praktikant einer geburtshülflichen Poliklinik zu einer Schutzmannsfrau gerufen, bei welcher die Hebamme Blutung aus Abort festgestellt hatte. Die Anamnese ergab, dass die Patientin im September vorigen Jahres die letzte Menstruation gehabt und im November darauf Blutungen unter den Erscheinungen eines Abortes bekommen hatte. Die consultirte Aerztin hatte eine innere Untersuchung gemacht und Secale verordnet. Die Blutungen hörten nicht auf. Die Secalepillen wurden weiter gegeben. Einige Tage vor meiner Ankunft hatte die Kranke wegen Schwäche das Bett aufsuchen müssen. Ich fand sie sehr anämisch, den Puls klein und constatirte weiter: Retroflexio uteri mobilis; äusserer Mm. für 1 Finger, innerer Mm. überhaupt nicht durchgängig — letzterer Umstand die wenig erfreuliche Wirkung der Pillen. Der hinzugerufene Oberarzt machte ohne Narkose das Curettement, durch welches er die ganze, seinerzeit zurückgebliebene Nachgeburt entfernte. Die Frau Doctorin hatte also keine Diagnose gestellt, sonst hätte sie die Nachgeburt entfernen müssen, was ihr in Anbetracht der Beschaffenheit der weichen Geburtswege damals hätte leicht gelingen müssen, urtheilslos hatte sie „Blutungen“ durch Secale zu bekämpfen gesucht und dadurch mehr geschadet als genützt — ein unheilvoller circulus vitiosus. Wir befreiten die Kranke durch einen wenige Minuten dauernden Eingriff von einer Blutung, welche Monate lang die Frau belästigt und sie einer Lebensgefahr nahe gebracht hatte. Ich glaube, der Fall ist typisch; er beleuchtet das Geeignetsein weiblicher Aerzte für geburtshülfliche Untersuchungen und Eingriffe.

Dr. Timmling.

(Galerie hervorragender Aerzte und Naturforscher.) Der heutigen Nummer liegt, als 27. Blatt unserer Sammlung, das Bild Professor Otto Bollinger's bei, der am 2. April seinen 50jährigen Geburtstag feiert. Den Glückwünschen, die ihm aus diesem Anlasse an anderer Stelle dieser Nummer von einem seiner Schüler ausgesprochen werden, fühlen wir uns gedrungen noch den Ausdruck des Dankes hinzuzufügen, den die Münchener med. Wochenschrift Herrn Professor Bollinger schuldet für das rege Interesse und die vielfältige Unterstützung und Förderung, die derselbe ihr als Mitarbeiter wie als Vorsitzender des Herausgeber-Collegiums seit Jahren hat angedeihen lassen und auf welche in erster Linie der Aufschwung zurückzuführen ist, welchen unsere Wochenschrift in den letzten Jahren genommen hat. Gewiss im Sinne aller Freunde unseres Blattes wünschen und hoffen wir, dass Professor Bollinger's Kraft demselben noch eine lange Reihe von Jahren erhalten bleiben möge.

Therapeutische Notizen.

(Somnal.) In der römischen Academie der Medicin berichtete Dr. Colasanti im Namen des Herrn Dr. Memmo über die Resultate einer Reihe von Beobachtungen (75 bei 53 Fällen), die letzterer mit dem Somnal Radlauer gemacht hat. Dasselbe wurde in Dosen von 2,0—5,0 mit 100,0 Wasser und Syr. Menth. gegeben. Die Resul-

tate lauten in bestimmter Weise: 1) Bei Geistesgestörten erzeugte die Anwendung des Somnals in den Vormittagstunden keine hypnotische Wirkung, während es aber für den ganzen Tag den Kranken in einen ruhigen Zustand versetzte. Gab man das Mittel gegen Abend, so war ein schöner Erfolg bei den Insomnien zu beobachten, die auf psychischer Ueberreizung (Manie, alkoholische Phrenose und andere Psychosen) beruhen, da es einen tieferen Schlaf als den gewöhnlichen mit einer Durchschnittsdauer von ca. 6 Stunden hervorrief. Niemals wurde irgend eine Störung des Verdauungs-, Gefäss- oder Athmungssystems wahrgenommen, so dass man das Mittel als ein ungefährliches betrachten kann. Ausserdem wurde es in vielen Fällen besser vertragen und ist von stärkerer Wirkung als das Chloralhydrat, und in einigen Fällen als das Sulfonal und Tetronal. Bei den Frauen zeigte es dieselbe Wirkung im Gegensatz zur Behauptung von Umpfenbach. 2) Das Somnal wirkt ausserordentlich bei den Insomnien, die auf Hysterie, Tuberculose und Herzkrankheiten beruhen, für die es keine Contraindication zu dessen Anwendung giebt. Dasselbe zeigte in allen Fällen einen hypnotischen Erfolg, in denen verschiedene Schlafmittel (Chloral, Sulfonal, Morphium) ohne befriedigende dauernde Resultate blieben. (Nach Riforma med.)

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 28. März. Das Reichsseuchengesetz wurde in den Bundesrathsausschüssen für Handel und Verkehr, sowie für Justizwesen einer Berathung unterzogen, wobei eine Reihe wichtiger Aenderungen vorgenommen wurde. Die Anträge der Ausschüsse geben dem Gesetze einen Umfang von 43 Paragraphen, also um drei weniger, als die Vorlage zählt. Die Anträge bezwecken im Grossen und Ganzen eine Vereinfachung und Verkürzung der ursprünglichen Anordnung. Es bezieht sich dies namentlich auf die Anzeigepflicht, deren Ausdehnung auf Darmtyphus, Diphtherie einschliesslich Croup, Rückfallfieber, Ruhr (Dysenterie), Scharlach von den Ausschüssen gestrichen worden ist. Ferner haben die Ausschüsse unter Anderem die Ausdehnung der Anzeigepflicht auf alle zum Haushalt gehörigen grossjährigen Familienmitglieder und auf sonstige Haushaltsgenossen, sowie die Anzeige jeder Erkrankung an Kindbettfieber gestrichen. Im Grossen und Ganzen zielen die Ausschussanträge auf eine greifbarere und weniger deutungsfähige Fassung.

— Der Geschäftsausschuss des Verbandes der Berliner ärztlichen Standesvereine tritt heute in Berathung über das Reichsseuchengesetz, an der hervorragende Autoritäten auf dem Gebiete des Medicinalwesens sich betheiligen werden. Man ist in ärztlichen Kreisen auf die Ergebnisse dieser Berathung gespannt, besonders im Hinblick auf die Veränderungen, die der Bundesrath dem Gesetzentwurfe hat angedeihen lassen.

— Die Bemühungen, der seit einiger Zeit völlig zerfahrenen Organisation der Berliner Aerzte wieder ein festeres Gefüge zu geben, haben endlich zu einem Erfolg geführt. Danach führen die bisherigen Bezirksvereine Berlins fortan den Namen „ärztliche Standesvereine" mit Hinzufügung einer örtlichen oder historischen Bezeichnung. Die Vereinigung derselben heisst „Verband der Berliner ärztlichen Standesvereine" und ihre Leitung „Geschäfts-Ausschuss des Verbandes etc." Als Zweck der Standesvereine sind bezeichnet: die sittliche und wirthschaftliche Hebung des ärztlichen Standes, die Förderung der Collegialität, die Abwehr von Uebergriffen gegen die Interessen des Standes, endlich die Förderung der Sanitätsverhältnisse des Bezirks. Aufgenommen wird jeder unbescholtene Arzt, der das Wahlrecht zur Aerztekammer besitzt, die Heilkunde nach den Grundsätzen der wissenschaftlichen Medicin ausübt und sich einem Ehrenrathe unterwirft, der Verstösse gegen die ethischen und wirthschaftlichen Interessen des Standes überwacht. Die Vereine senden drei Mitglieder als Delegirte in den Geschäfts-Ausschuss und je ein Mitglied ihres Ehrenrathes als Delegirten zum gemeinsamen Ehrenrath.

— Cholera-Nachrichten. Wie zu erwarten war, ist die Cholera mit dem Herannahen des Frühjahrs in einzelnen Bezirken, welche bereits im vorigen Jahre ergriffen waren, wieder neuerdings ausgebrochen. Nach den Veröffentlichungen des kaiserlichen Gesundheitsamtes vom 22. März ist die Cholera im nordwestlichen Theile Bessarabiens, besonders heftig im Kreise Chotin wieder aufgetreten und soll bereits mehr als 200 Erkrankungen mit über 60 Todesfällen verursacht haben. Auch für Rostow am Don ist das Wiedererscheinen der Cholera gemeldet worden.

Im Gouvernement Woronesch sind vom 20. Januar—20. Februar 18 Erkr., 18 Todesfälle, in Tambow vom 3.—19. Febr. 15 Erkr., 3 Todesf., in Pensa vom 6.—20. Febr. 2 Erkr., 1 Todesf., in Samara vom 23. Jan.—15. Febr. 3 Erkr., 1 Todesf., in Ufa vom 10.—15 Febr. 21 Erkr., 9 Todesf., in Wjatka vom 30. Jan.—14. Febr. 1 Erkr. beobachtet worden.

Mit grösserer und geringerer Intensität hat also die Cholera in den verschiedensten Bezirken Russlands während des ganzen Winters noch geherrscht. P.

— Von deutschen Städten über 40,000 Einwohner hatten in der 10. Jahreswoche, vom 5.—11. März 1893, die grösste Sterblichkeit Liegnitz mit 35,2, die geringste Sterblichkeit Frankfurt a. O. mit 11,9 Todesfällen pro Jahr und 1000 Einwohner. Mehr als ein Zehntel aller Gestorbenen verstarb an Scharlach in Spandau; an Diphtherie und Croup in Beuthen, Bielefeld, Bromberg, Dortmund, Duisburg, Essen, Frankfurt a. M., Frankfurt a. O., Görlitz, Köln, Mühlhausen i. E., Remscheid und Stuttgart.

— Der Geh. Sanitätsrath Dr. Ludwig Forsbeck in Süchteln feierte am 22. ds. sein 60jähriges Doctorjubiläum.

— Sein 60jähriges Doctorjubiläum beging am 19. ds. Karl Ewald Haase, vormals Professor der Pathologie in Leipzig, Zürich, Heidelberg, Göttingen. Anlässlich des Jubelfestes hat er für den engeren Kreis seiner Freunde Lebenserinnerungen erscheinen lassen.

— Man schreibt uns aus München: Der Curs über bakteriologische Diagnostik der Cholera asiatica, welcher auf Veranlassung des k. Staatsministeriums für Kirchen- und Schulangelegenheiten an den bayerischen Universitäten abgehalten wurde, ist in München am 19. ds. Mts. zu Ende gegangen. — Es hatten sich 16 Aerzte, vorwiegend Herren von auswärts, darunter auch Amtsärzte, daran betheiligt. Die bakteriologischen Vorträge und Demonstrationen wurden von Herrn Prof. Dr. Emmerich gehalten, der mit Unterstützung des Herrn Privatdocenten Dr. Ludwig Pfeiffer auch die praktischen Arbeiten der Theilnehmer leitete. Eine höchst dankenswerthe Vervollständigung erfuhr der Curs durch die Angliederung von Vorträgen über die Epidemiologie und Prophylaxe der Cholera. Herr Dr. Pfeiffer besprach diese Themata in eingehender Weise in einer Serie von 10 Vorträgen. Es wurde von den Theilnehmern mit Befriedigung begrüsst, dass diese Seite der Choleraforschung, deren elementare Wahrheiten heute mehr als je im Vordergrunde zu stehen verdienen, in der ihrer Bedeutung entsprechenden Ausführlichkeit behandelt wurde. Nach Schluss des Curses wurde die von der Stadt im Vorjahre errichtete Desinfectionsanstalt besichtigt und ihr Betrieb demonstrirt. W.

— In Erlangen ging der Choleracurs, wie uns von einem Theilnehmer desselben geschrieben wird, am 23. ds. zu Ende. Die Zahl der Besucher desselben war 7. Die Leitung des Curses lag in den Händen des Herrn Privatdocenten Dr. Hauser. In überaus klaren theoretischen Vorträgen und instructiven praktischen Uebungen, welche täglich zusammen 6 Stunden dauerten, wurden die Bakteriologie im Allgemeinen, Cholera und die anderen wichtigsten Infectionskrankheiten im Besonderen vom epidemiologischen Standpunkte aus besprochen und studirt. Dabei erregten namentlich die häufigen und trefflichen Hinweise auf allgemeine Pathologie und specielle pathologische Anatomie grosses Interesse. Die Theilnehmer des Curses, in dem in Anbetracht der Kürze der Zeit in Bezug auf bakteriologische Schulung das Möglichste geleistet wurde, werden Herrn Dr. Hauser für sein liebenswürdiges Entgegenkommen dauernde Dankbarkeit bewahren.

— Auch aus Amberg wird uns von einem bakteriologischen Curs für Aerzte berichtet, der daselbst auf Veranlassung des Bezirksarztes Dr. Andräas zu Stande gekommen ist. Herr Apotheker Ströll, Mitglied des Kreismedicinalausschusses, der sich ausschliesslich mit bakteriologischen Forschungen beschäftigt, unterzieht sich dort der Mühe, einem Kreise von 6 Collegen der Stadt (und 1 Collegen aus Schwandorf) an je 3 Tagen der Woche ein paar Stunden die Resultate der neuesten bakteriologischen Forschungen vorzutragen und praktisch zu erläutern, sowie auch die Herren Theilnehmer praktische Uebungen machen zu lassen. Die Theilnehmer sind sehr befriedigt über die Lehrmethode des Herrn Ströll, welche namentlich dadurch werthvoll für die Theilnehmer erscheint, dass sie besonders das praktische Bedürfniss des ausübenden Arztes berücksichtigt, dem die Einrichtung eines ganzen bakteriologischen Laboratoriums und das Arbeiten in demselben nahezu eine Unmöglichkeit ist. Es ist diese Methode, dem Arzte eine für die nächstliegenden praktischen Zwecke leichter ausführbare Improvisationstechnik beizubringen, sehr werthvoll und empfehlen sich solche kleinere Curse auch für andere Orte mittlerer Grösse, um so mehr, als es vielen Aerzten unmöglich ist, den Cursen in den Universitätsstädten beizuwohnen.

— Man schreibt uns aus Leipzig: Am 4. und 5. ds. Mts. folgten die Hörer der hiesigen medicinischen Klinik unter Führung ihres Lehrers Geh. Rath Curschmann einer Einladung des Directors der Heilanstalt Reiboldsgrün i. S., Dr. F. Wolff, zur Besichtigung dieser Anstalt. Der Ausflug, an dem sich ausser Prof. Curschmann und mehreren Assistenten desselben ca. 100 Studirende betheiligten, war vom schönsten Wetter begünstigt und bot den Theilnehmern eine Fülle von wissenschaftlicher Anregung und, dank der liebenswürdigen Gastfreundschaft des Herrn Dr. Wolff, von geselligen Genüssen. Der eingehenden Besichtigung der Anstaltseinrichtungen folgte am 1. Tage ein Vortrag Dr. Wolff's über die Anstaltsbehandlung der Tuberculose. Abends fand ein solenner Commers statt. Am nächsten Tage wurde die Umgebung der Anstalt besucht, worauf Geh. Rath Curschmann einen Vortrag hielt, in welchem er besonders der Verdienste des Begründers der Anstalt, Dr. Driver, gedachte. Dankerfüllt und hochbefriedigt von dem Gesehenen kehrten die Theilnehmer Abends nach Leipzig zurück. Es ist wohl das erste Mal, dass eine klinische Visite unter solchen Umständen stattgefunden hat. Dieselbe war den Theilnehmern für ihre künftige Anschauung über die richtige Behandlung der Tuberculose vom höchsten Werth und es verdient wohl die glückliche Anregung des Herrn Dr. Wolff auch anderwärts Nachahmung.

— In Bukarest erschien am 1. ds. die erste Nummer einer neuen medicinischen Zeitschrift: La Roumanie médicale.

(Universitäts-Nachrichten.) **Berlin.** Herr Prof. H. Köbner, der bekannte Dermatologe, ist zum Ehrenmitglied der dermatologischen Gesellschaft in Wien ernannt worden. — **Würzburg.** An Stelle Prof. Semper's, der krankheitshalber seine Lehrthätigkeit aufgiebt, wurde Privatdocent Dr. Theodor Boveri zur Uebernahme der zoologischen Vorlesungen und der zoologischen Sammlung hierher berufen. Dr.

Boveri (1852 zu Bamberg geboren) ist seit 1887 Privatdocent in München. Seine Arbeiten beschäftigen sich vorwiegend mit den Vorgängen bei der Kerntheilung. Von grossem Interesse ist seine Entdeckung der Niere des Amphioxus. Die Universität Würzburg gewinnt in ihm eine glänzende Kraft.

Wien. Das Professorencollegium hat an Stelle des verstorbenen Kahler unico loco Prof. Wilhelm Erb in Heidelberg vorgeschlagen.

(Berichtigung.) Auf S. 224, Sp. 1, Z. 47 v. o. ist zu lesen statt „haarige" Extremitäten „paarige" Extremitäten.

Personalnachrichten.

Bayern.

Bezirksärztliche Stellvertretung. Dr. Franz Obmann in Hassfurt als remunerirter bezirksärztlicher Stellvertreter in Erbendorf.

Rangverleihung. Dem Generalarzte I. Cl. des 1. Armeecorps Dr. Franz Mohr wurde der Rang eines k. Generalmajors Allerhöchst verliehen.

Morbiditätsstatistik d. Infectionskrankheiten für München

in der 11. Jahreswoche vom 12. bis 19. März 1893.

Betheil. Aerzte 355. — Brechdurchfall 9 (7*), Diphtherie, Croup 43 (37), Erysipelas 16 (19), Intermittens, Neuralgia interm. 5 (1), Kindbettfieber 5 (1), Meningitis cerebrospin. 1 (—), Morbilli 6 (5), Ophthalmo-Blennorrhoea neonatorum 4 (5), Parotitis epidemica 26 (26), Pneumonia crouposa 32 (33), Pyaemie, Septicaemie — (1), Rheumatismus art. ac. 39 (40), Ruhr (dysenteria) — (—), Scarlatina 15 (8), Tussis convulsiva 15 (15), Typhus abdominalis — (3), Varicellen 22 (18), Variola — (—). Summa 238 (219). Medicinalrath Dr. Aub.

Uebersicht der Sterbfälle in München

während der 11. Jahreswoche vom 12. bis 18. März 1893.

Bevölkerungszahl 366,000.

Todesursachen: Pocken — (—*), Masern — (—), Scharlach 2 (1), Rothlauf — (1), Diphtherie und Croup 3 (2), Keuchhusten — (1), Unterleibstyphus — (—), Brechdurchfall 8 (1), Ruhr — (—), Kindbettfieber 1 (—), Croupöse Lungenentzündung 5 (4), Genickkrampf — (—), Blutvergiftung 2 (2), Acut. Gelenkrheumatismus — (—), andere übertragbare Krankheiten 3 (2).

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 178 (173), der Tagesdurchschnitt 25.4 (24.7). Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im Allgemeinen 24.4 (23.7), für die über dem 1. Lebensjahre stehende Bevölkerung 14.3 (15.7), für die über dem 5. Lebensjahre stehende 10.2 (14.4).

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Fälle der Vorwoche.

Generalrapport über die Kranken der kgl. bayer. Armee

für den Monat Februar 1893.

1) Bestand am 31. Januar 1893 bei einer Kopfstärke des Heeres von 57887 Mann und 23 Invaliden: 2296 Mann und 6 Invaliden.

2) Zugang: im Lazareth 1546 Mann, — Invalide, im Revier 4213 Mann, — Invalide. Summa 5759 Mann, — Invalide. Mithin Summa des Bestandes und Zuganges nach der Zahl 8055 Mann, 6 Invaliden, auf Tausend der Iststärke 139,15 Mann und 260,87 Invaliden.

3) Abgang: geheilt 5369 Mann, 1 Invalide; gestorben 8 Mann, 1 Invalide; invalide 34 Mann; dienstunbrauchbar 123 Mann; anderweitig 150 Mann: Summa: 5684 Mann, 2 Invalide.

4) Hiernach sind geheilt von 1000 der Kranken 666,54 Mann, 166,66 Invaliden; gestorben 0,99 Mann, 166,66 Invaliden.

5) Mithin Bestand am 28. Februar 1893: 2371 Mann, 4 Invaliden, von 1000 der Iststärke 40,95 Mann, 173,91 Invaliden. Von diesem Krankenstande befanden sich im Lazareth 1462 Mann, 3 Invaliden, im Revier 909 Mann, 1 Invaliden.

Von den in militärärztlicher Behandlung Gestorbenen haben gelitten an: Leukämie 1, Lungenentzündung 3, chronischer Lungenschwindsucht 2, Lebercirrhose 1, Zellgewebsentzündung 1.

Ausser den in militärärztlicher Behandlung Verstorbenen sind noch 1 Todesfall durch Krankheit (chronische Lungenschwindsucht), 2 durch Verunglückung (1 durch Ertrinken, 1 Sturz von einem Turnapparat), und 1 durch Selbstmord (Erschiessen) vorgekommen, so dass die active Armee im Ganzen 12 Mann durch Tod verloren hat.

Ausserdem starb 1 Invalide an Tabes dorsalis.

Literatur.

(Bei der Redaction zur Recension eingegangen.)

Wernicke, Gesammelte Aufsätze zur Pathologie des Nervensystems. Berlin, Kornfeld, 1893. 8 M.

v. Lenhossék, Der feinere Bau des Nervensystems. Berlin, Kornfeld, 1893. 5 M.

König, Praktische Zusammensetzung und Nährgeldwerth der menschlichen Nahrungsmittel. 6. Aufl. Berlin, Springer, 1893. M. 1.20.

Inhaltsverzeichniss für die 1861—1890 erschienenen Jahrgänge der Zeitschrift des k. preussischen statistischen Bureaus. Bearbeitet von G. Lange. Berlin, 1892.

Hirsch, Geschichte der medicinischen Wissenschaften in Deutschland. München, Oldenbourg, 1893. M. 9.50.

v. Török, Die neueren Wundbehandlungsmethoden. Wien, Braumüller, 1893.

Ortner, Die Lungentuberculose als Misch-Infection. Wien, Braumüller, 1893.

Hirschberg, Traitement mécanique de l'Ataxie locomotrice.

Morbiditätsstatistik der Infectionskrankheiten in Bayern: Januar [1]) und Februar 1893.

Regierungsbezirke bezw. Städte über 30000 Einwohner	Brechdurchfall Jan.	Brechdurchfall Feb.	Diphtherie, Croup Jan.	Diphtherie, Croup Feb.	Erysipelas J.	Erysipelas F.	Intermittens, Neuralgia int. J.	Intermittens, Neuralgia int. F.	Kindbettfieber J.	Kindbettfieber F.	Meningitis cerebrospin. J.	Meningitis cerebrospin. F.	Morbilli Jan.	Morbilli Feb.
Oberbayern	154	225	452	393	120	132	55	71	26	16	4	4	179	77
Niederbay.	79	61	96	108	47	44	30	22	15	11	1	2	20	—
Pfalz	23	23	251	197	51	51	12	8	19	13	3	4	246	260
Oberpfalz	11	27	62	52	34	35	8	13	3	8	—	2	7	8
Oberfrank.	2[illegible]	36	178	131	74	59	12	26	18	11	4	3	7	4
Mittelfrk.	23	17	299	164	59	43	35	12	8	7	4	1	11	16
Unterfrank.	18	11	144	118	61	66	10	4	7	3	4	2	61	158
Schwaben	47	44	270	189	50	57	15	14	14	8	1	1	46	36
Summe	379	444	1752	1352	496	487	177	170	110	77	21	19	577	559
Augsburg	1	—	—	7	—	3	—	—	—	—	—	—	7	7
Bamberg	2	13	11	16	5	6	2	18	2	2	—	—	1	3
Fürth	9	4	38	32	8	2	—	1	—	—	—	—	—	2
Kaiserslaut.	2	3	43	36	3	8	—	—	4	4	—	—	8	—
München [4])	43	67	192	207	50	63	7	7	14	10	—	1	65	17
Nürnberg	2	.	93	.	23	.	16	.	3	.	2	.	5	.
Regensbg.	—	8	6	5	—	2	1	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	8	6	23	27	10	13	2	4	—	—	—	—	54	148

Regierungsbezirke bezw. Städte über 30000 Einwohner	Ophthalmo-Blennorrh. neonator. J.	Ophthalmo-Blennorrh. neonator. F.	Parotitis epidemica J.	Parotitis epidemica F.	Pneumonia crouposa Jan.	Pneumonia crouposa Feb.	Pyaemie, Septicaemie J.	Pyaemie, Septicaemie F.	Rheumatismus art. ac. Jan	Rheumatismus art. ac. Feb.	Ruhr (dysenteria) J.	Ruhr (dysenteria) F.	Scarlatina Jan.	Scarlatina Feb.
Oberbayern	30	23	75	110	398	375	10	11	281	282	2	1	71	88
Niederbay.	6	5	9	2	206	172	1	2	96	85	1	2	12	10
Pfalz	2	4	9	15	332	243	2	—	86	90	1	—	31	33
Oberpfalz	1	—	35	8	208	134	2	1	56	49	—	—	51	17
Oberfrank.	3	1	50	55	297	192	1	3	81	78	1	—	49	36
Mittelfrk.	3	1	20	15	466	288	6	7	143	62	1	—	108	52
Unterfrank.	4	1	3	14	256	133	—	1	68	47	—	—	14	20
Schwaben	5	1	3	17	282	180	1	5	102	95	—	1	72	47
Summe	54	36	204	236	2445	1717	23	30	913	788	6	4	408	303
Augsburg	1	—	—	—	5	12	—	—	8	3	—	—	4	3
Bamberg	—	—	42	43	19	12	—	—	17	11	1	—	10	9
Fürth	—	—	1	4	46	13	—	1	17	6	—	—	25	16
Kaiserslaut.	1	1	—	—	16	6	—	—	6	5	—	—	4	3
München [4])	13	13	37	86	91	107	2	2	131	135	—	—	35	42
Nürnberg	—	.	3	.	60	.	1	.	48	.	—	.	44	.
Regensbg.	—	—	—	—	14	4	—	—	1	4	—	—	—	1
Würzburg	1	—	1	—	26	19	—	—	9	4	—	—	7	8

Regierungsbezirke bezw. Städte über 30000 Einwohner	Tussis convulsiva Jan.	Tussis convulsiva Feb.	Typhus abdominalis J.	Typhus abdominalis F.	Varicellen J.	Varicellen Feb.	Variola, Variolois J.	Variola, Variolois F.	Zahl der Aerzte überhaupt	Zahl der betheilig. Aerzte Feb.
Oberbayern	123	129	16	21	144	102	—	—	684	376
Niederbay.	35	43	14	12	13	7	—	—	163	70
Pfalz	20	10	73	42	13	19	—	—	233	109
Oberpfalz	27	19	13	19	20	9	—	3	120	52
Oberfrank.	22	46	4	8	36	44	—	—	171	108
Mittelfrk.	105	98	9	9	67	14 [2])	3	—	283	105
Unterfrank.	21	3	9	12	19	17	—	—	267	106
Schwaben	88	58	32	39	27	7	—	—	264	105
Summe	441	406	170	162	339	219	3 [2])	3	2185	1031 [3])
Augsburg	8	2	1	1	—	1	—	—	60	5
Bamberg	3	7	—	1	11	15	—	—	34	20
Fürth	22	20	—	1	4	1	—	—	23	6
Kaiserslaut.	5	—	8	—	—	—	—	—	16	9
München [4])	77	57	5	8	124	78	—	—	405	345
Nürnberg	28	.	2	.	44	.	—	.	93	.
Regensbg.	—	1	—	—	4	—	—	—	31	7
Würzburg	9	1	1	7	11	10	—	—	70	25

Bevölkerungsziffern: Oberbayern 1,003,160. Niederbayern 664,798. Pfalz 728,339. Oberpfalz 537,954. Oberfranken 573,320. Mittelfranken 700,606. Unterfranken 618,489. Schwaben 668,316. — Augsburg 75,629. Bamberg 35,815. Fürth 43,206. Kaiserslautern 37,047. München 350,594. Nürnberg 142,590. Regensburg (mit Stadtamhof) 41,616. Würzburg 61,039.

[1]) Einschliesslich einiger seit der letzten Veröffentlichung (Nr. 11) eingelaufener Nachträge. [2]) Diese drei Fälle beziehen sich auf die Gemeinde Bechhofen (Bez.-Amt Feuchtwangen) und nicht, wie im Vormonat bemerkt, auf 3 einzelne Gemeinden des Amtes Hersbruck. [3]) Im Monat Januar einschl. der Nachträge 1256. [4]) 1.—4. bezw. 5.—8. Jahreswoche. — Einsendungen fehlen aus Stadt Nürnberg und den Aemtern München I, Straubing, Neunburg v/W., Roding, Neustadt a/A., Alzenau und Hammelburg.

Höhere Erkrankungszahlen werden (ausser obigen 8 Städten) gemeldet aus folgenden Orten bezw. Bezirken: Diphtherie: Bez.-Amt Vilsbiburg 37, Bez.-Amt und Stadt Hof 36, Bez.-Amt Feuchtwangen 32, Bez.-Amt Königshofen 30 Fälle. — Morbilli: Bez.-Amt München II 49, Bez.-Amt Kusel 28, ärztl. Bez. Buchloe 16 Fälle; sonst nur vereinzeltes Auftreten. — Pneum. croup.: Bez.-Amt München II 36, Bez.-Amt und Stadt Traunstein 36, Bez.-Amt und Stadt Passau 43, Bez.-Amt Lichtenfels 31, Bez.-Amt Feuchtwangen 32 Fälle. — Scarlatina: Bez.-Amt Feuchtwangen 21, Bez.-Amt Günzburg 23 Fälle. — Typhus abdom.: Bez.-Amt und Stadt Landsberg 5, desgl. Passau 7, Bez.-Amt Frankenthal 8, Bez.-Amt Nabburg 7, Bez.-Amt Kronach 5, Stadt Nördlingen 24 Fälle. — Variola: Stadt Amberg 3 Fälle.

☞ Portofreie Postkartenformulare für vorliegende Statistik sind durch die zuständigen Herren k. Bezirksärzte zu erhalten. Im Interesse der vorliegenden Statistik wird um rechtzeitige und regelmässige Einsendung dringendst ersucht.

Verlag von J. F. Lehmann in München. — Druck der Akademischen Buchdruckerei von F. Straub in München.